DES VARIÉTÉS

DE

LA PARALYSIE GÉNÉRALE

DANS LEURS RAPPORTS

AVEC LA PATHOGÉNIE

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

DES VARIÉTÉS

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

DANS LEURS RAPPORTS

AVEC LA PATHOGÉNIE

PAR

Le Dr Camille LIONET,
Lauréat de l'École de médecine d'Angers,
(Seconde année : Premier prix),
Attaché comme interne au service des aliénés
Hospice de Bicêtre, Maison de Vanves.

PARIS
V. A. DELAHAYE ET Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS.
Place de l'Ecole-de-Médecine.

1878

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21712529

PRÉFACE

Parmi la trop nombreuse population des asiles d'aliénés, il existe un groupe considérable de malades qui sont restés longtemps inconnus, mais que l'on étudie maintenant chaque jour, depuis que Delaye, Bayle, Calmeil, etc, nous les ont fait connaître.

Ces malades ont été désignés, à diverses époques, sous des dénominations différentes. Ils constituent aujourd'hui, en pathologie mentale, une espèce à part, pour laquelle on a définitivement adopté le nom de paralysie générale des aliénés.

Bien des opinions ont été émises sur la nature de cette maladie, beaucoup de livres ont été écrits, beaucoup de thèses ont été soutenues, de nombreuses discussions ont été soulevées à ce sujet dans les diverses sociétés savantes, et les annales médico-psychologiques en particulier, contiennent presque à chaque page, des comptes-rendus de ces discussions, des examens de ces thèses et de ces livres.

J'ai lu ces livres, j'ai parcouru ces thèses, j'ai fouillé dans ces annales et, comme résultat de ce travail, j'ai été frappé par deux faits principaux.

D'une part, j'ai constaté l'importance de deux ordres de symptômes qui existent toujours et qui sont communs à tous ces malades sans exception ;

je veux parler des troubles de l'ordre physique et des troubles de l'ordre psychique. A côté de ce fait, j'ai été frappé de la différence considérable que ces malades présentent, dans le mode d'invasion de leur affection, dans sa marche, dans ses symptômes secondaires, dans ses origines.

Du premier de ces faits, j'ai conclu que la paralysie générale progressive n'était pas simplement, comme l'ont pensé bien des auteurs, un symptôme d'affections diverses, mais que c'était une véritable espèce morbide.

Cette opinion est du reste universellement admise aujourd'hui.

La commission du congrès aliéniste de 1867, composée de MM. Griesinger, Roller, Mundy, Bucknill, Harrington-Tuke, Pujadas, Lombroso, Borrel, J. Falret, Lunier, Motet, Brierre de Boismont, a considéré la maladie, dite paralysie générale des aliénés, comme une espèce morbide distincte, et non comme une complication, ou une terminaison de la folie. Elle propose de comprendre, sous le nom de fous paralytiques, tous les aliénés qui offrent, à un degré quelconque, des symptômes bien tranchés de cette maladie, et elle ajoute qu'il faut éviter avec soin de faire figurer, comme atteints de lypémanie hypocondriaque, de manie, ou de monomanie ambitieuse simple, des malades atteints d'un commencement de folie paralytique. (*Annales médico-psychologiques*, 1869.)

La paralysie générale progressive, en effet, con-

stitue bien réellement une affection spéciale, ayant ses caractères propres, présentant en un mot une physionomie nettement déterminée. On pourrait même dire que la paralysie générale est plus qu'une espèce morbide ; elle pourrait à bon droit, je crois, constituer un véritable genre pathologique, que l'on pourrait subdiviser en espèces, dans lesquelles on pourrait alors créer des variétés suffisamment caractérisées.

La seconde impression que j'ai ressentie a été le point de départ de ce travail.

En présence de ces diversités dans le mode d'invasion, en présence de la différence des symptômes secondaires et de l'intensité plus ou moins marquée des symptômes principaux, en présence des origines variées de la maladie, je me suis demandé s'il n'existait pas un lien entre tous ces faits plus ou moins dissemblables, et j'ai cherché alors à établir, dans l'histoire de la paralysie générale des aliénés, des variétés basées sur la pathogénie, à cause de l'influence que cette donnée m'a semblé exercer.

C'est le Dr Morel, dans son traité des maladies mentales, qui a posé ce principe général, à savoir qu'il faut chercher à mettre la spécialité des symptômes en rapport avec la spécialité des causes productrices des maladies. Il a appelé cette méthode méthode étiologique ; mais je préfère le mot de méthode pathogénique, que M. le Dr J. Falret, dans un discours prononcé à la Société médico-psychologique (1860), propose de mettre à la place du

mot de méthode étiologique. Le mot pathogénie, en effet, indique mieux le but que l'on se propose, qui est de remonter à l'origine première des maladies, de suivre leur évolution, leurs transformations, leurs terminaisons.

DES VARIÉTÉS

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

DANS LEURS RAPPORTS

AVEC LA PATHOGÉNIE

Plan général du travail.

On peut établir parmi les paralytiques généraux une première division en deux catégories. Dans l'une, je rangerai les malades qui ne doivent leur affection qu'à eux-mêmes, c'est-à-dire qui ont, dans leur histoire, une étiologie essentielle et suffisante, basée sur les excès de toute nature, sur les fatigues de toutes sortes, en l'absence de toute prédisposition héréditaire. Dans une autre catégorie, je placerai les paralytiques qui me semblent être au contraire prédisposés par une influence héréditaire. Après avoir dit quelques mots sur l'hérédité, en général, je passerai en revue les diverses opinions qui

ont été exprimées, à différentes époques, sur le rôle de l'hérédité, comme cause de la folie paralytique.

Pour étudier les malades de la seconde catégorie, je les diviserai en héréditaires de tendances congestives et héréditaires de vésanies.

Dans le but de justifier cette division, basée sur la méthode pathogénique, je ferai l'étude de chacune de ces variétés, et je la ferai suivre de quelques observations.

Le but de ce travail sera donc d'établir, dans l'histoire de la paralysie générale progressive, trois variétés :

1° Paralysie générale d'origine individuelle ;

2° Paralysie générale d'origine congestive ;

3° Paralysie générale d'origine vésanique.

I. Paralysie générale d'origine individuelle.

Etiologie. — La paralysie générale d'origine individuelle comprend les individus qui ne doivent leur maladie qu'à eux-mêmes, et dans l'histoire desquels, en dehors de toute prédisposition héréditaire, on trouve des causes suffisantes pour expliquer l'explosion de cette terrible affection. Ce sont toutes les causes qui déterminent l'usure ou l'épuisement anticipé du système nerveux, c'est-à-dire toutes les formes d'excès physiques et intellectuels, sensuels ou moraux.

Or, à l'époque actuelle, toute la génération

semble se moquer des fatigues, l'homme ne se ménage plus. Il est impatient de jouir; il ne veut plus accorder aux actes de la vie le temps nécessaire à leur accomplissement. Ce qui se faisait en un an, il veut le faire en un mois; ce qui demandait un mois, il le veut en un jour, en une heure. L'humanité semble prise d'une activité fébrile. Il y a entre la vie morale des générations qui nous ont précédé et la nôtre, la même différence qu'entre l'état apyrétique où le pouls est calme et la peau fraîche, et l'état fébrile où la peau brûle et le pouls se précipite. La génération actuelle ne sait plus marcher du pas tranquille et pacifique de nos aïeux; elle traverse la vie au pas de course, elle vole. Le génie industriel moderne ne veut plus connaître de bornes; il concentre ses efforts d'une façon prodigieuse; il produit vite, il dévore le temps et l'espace. Mais, à côté des bénéfices de cette suractivité considérable, qui nécessite une dépense nerveuse énorme, il y a ce triste résultat que l'homme s'use plus vite physiquement et intellectuellement. Il arrive à jouir plus rapidement, plus abondamment, mais aussi il jouit souvent moins longtemps. Or tous les auteurs ont admis que cette activité exagérée n'était pas étrangère à la production de la paralysie générale progressive.

Je veux bien que cette maladie ne soit pas nouvelle; je veux bien qu'elle ne date pas seulement de Delaye, Bayle et Calmeil qui l'ont décrite les prevriers; mais il est un fait certain, c'est qu'elle est

aujourd'hui bien plus fréquente, surtout dans les asiles des grandes villes.

Je suis convaincu qu'il existe un rapport entre le nombre sans cesse croissant de ces malades et le genre de vie de la génération actuelle. De plus, à côté de ces paralytiques généraux qui sont victimes d'un besoin énorme de prodigieuse activité, il existe une autre catégorie de futurs malades, ce sont les viveurs, les jouisseurs de l'époque. En effet, combien trouve-t-on, parmi les paralytiques qui peuplent les asiles, d'individus qui ont aimé à s'entasser chaque soir dans les théâtres, à passer leur vie derrière les vitres des cafés, dans cette atmosphère pleine de vapeurs d'alcool et de tabac, à passer les nuits devant le tapis d'une table de jeu, en proie à une véritable fièvre ; le nombre en est considérable.

M. Legrand du Saulle, (*Annales médico-psychologiques*, 1861) a appelé l'attention sur l'influence de ces causes. Sans y attacher la même importance, en tant que causes suffisantes, je pense volontiers que ce genre de vie est nuisible et qu'il peut faire partie accessoirement des raisons qui déterminent l'explosion de la paralysie générale individuelle. Il faut y ajouter les abus de la bonne chère, du bon vin, les abus du sens génital, les abus du tabac, les grands chagrins, etc. A ce sujet, je ferai remarquer que, si la folie paralytique est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, le fait peut s'expliquer d'une façon décisive. En effet, la femme

généralement ne se livre pas, comme l'homme, à la vie active et dévorante dont je parlais tout à l'heure ; mais tout le monde sait qu'il est des femmes, les prostituées de toutes catégories, de haut comme de bas étage, qui se soumettent le plus souvent à l'action des causes que je viens d'énumérer. Elles passent, elles aussi, une partie de leur vie à faire bonne chère ; elles s'enfouissent dans les théâtres, dans les cafés, dans les restaurants ; leurs nuits sont consacrées aux hommes qu'elles entraînent avec elles dans la voie qui mène à la paralysie générale, quand on use et abuse de ses forces, quand on se crée des besoins factices par l'abus que l'on fait de ses sens. Aussi que voit-on à la Salpêtrière ? Si l'on interroge le passé des femmes que l'on y rencontre atteintes de paralysie générale, on trouve souvent que l'on a affaire à des malheureuses qui ont mené une vie irrégulière.

Les professions, les climats, exercent peut-être aussi leur influence, mais elle est difficile à déterminer. On trouve des paralytiques généraux dans tous les pays, dans toutes les professions. Quand on examine de près, en effet, on constate que ce n'est pas le climat lui-même, ni la profession de l'individu, qui sont la cause de sa maladie ; seulement, on peut dire que telle profession est plus propre à encourager tel et tel abus, tel et tel excès ; que le climat fait que l'on vit plus de tel ou tel genre de vie. Parmi les professions, on a parlé des militaires,

des douaniers, des chauffeurs, des cuisiniers, etc.

Tout cela me paraît bien accessoire. Presque toujours, quand on cherche bien dans la vie de ces individus, lorsqu'on constate qu'ils sont paralytiques généraux, on trouve, à côté de la profession, les abus que je viens d'énumérer.

Quant aux climats, si les uns, comme les climats froids poussent l'homme à absorber une plus grande quantité d'alcool; d'un autre côté, les climats chauds développent davantage le sens génital, et les abus de ce genre y sont fréquents.

Telles sont les principales causes qui produisent la folie paralytique. « Mais celui-là, dit Parchappe, se ferait une bien fausse idée de la génération de l'aliénation mentale, qui concevrait cette maladie comme se produisant constamment sous l'influence d'une cause unique bien déterminée.

Non-seulement la cause déterminante a besoin, pour produire son action, de trouver une organisation préparée par la prédisposition à recevoir cette action, mais encore il n'est pas rare que les causes déterminantes s'associent pour engendrer l'aliénation, soit par une action simultanée, soit par une action successive. » En effet, si ces causes peuvent produire la folie paralytique, le plus souvent, comme on le verra dans la suite de ce travail, il existe concurremment une prédisposition ; c'est fréquemment l'hérédité qui modifie l'action de ces causes, et par cela même, la marche et les symptômes de la maladie.

Symptômes, *marche*, *pronostic*, *durée*. Je ne m'étendrai pas longuement sur ces différents points de l'histoire de la paralysie générale progressive : ils ont tous été très-étudiés et sont très-connus aujourd'hui. Toutes les descriptions qui ont été faites sur le délire des grandeurs, sous toutes ses formes, peuvent s'appliquer ici. Je n'ai rien de nouveau à y ajouter. Je ferai seulement remarquer l'ordre dans lequel les symptômes se succèdent et quel est le côté spécial de la paralysie générale d'origine individuelle. J'ai lu et analysé, avec beaucoup de soin, un très-grand nombre d'observations, puisées dans Bayle et Calmeil, dans les différentes thèses que j'ai pu me procurer sur ce sujet, ainsi que dans les *Annales médico-psychologiques*.

Or, voici ce que j'ai remarqué. Les paralytiques généraux, que je veux faire rentrer dans cette première variété, ne passent pas par une longue période prodromique. Le début de la maladie est bien plus facile à saisir chez ces malades que chez ceux dont je parlerai plus tard. Ils ne restent pas longtemps dans les limites qui séparent la raison de la folie ; ils franchissent bien vite l'abîme. C'est pour ainsi dire brusquement, au moment où l'on semble le moins s'y attendre, que l'on s'aperçoit du changement qui s'opère en eux. Les premiers phénomènes que l'on observe sont des phénomènes de l'ordre psychique ; on ne trouve rien tout d'abord du côté des phénomènes de l'ordre physique. Je n'en-

tends pas par phénomènes de l'ordre psychique seulement le délire des grandeurs ; non, ce fait principal, qui est la caractéristique de la paralysie générale dans l'ordre intellectuel, peut apparaître tôt ou tard dans le cours de la maladie ; quelquefois, et même souvent, les paralytiques généraux débutent par là; mais ce n'est pas vrai d'une manière absolue. Le trouble mental peut être d'un autre ordre; il est souvent constitué par un stade de manie ou de mélancolie : ce fait d'ailleurs n'est pas spécial à la variété individuelle. Mais bientôt, lorsque les malades ont débuté par la manie ou la mélancolie, on ne tarde pas à voir se développer le délire des grandeurs, qui vient donner à la maladie son cachet particulier, et qui permet au médecin d'établir d'une façon certaine un diagnostic positif. Ces premiers changements, survenus dans l'état mental des paralytiques généraux, se compliquent le plus souvent, dans la variété de cause individuelle, d'une excitation assez considérable, excitation surtout remarquable à la période d'état de la maladie. On observe aussi une loquacité intarissable, de l'incohérence dans les propos, de l'insomnie ; le plus souvent ces malades ont bon appétit; ils semblent heureux et contents. Puis, après un temps plus ou moins prolongé, mais toujours, ce me semble, comme seconde manifestation, arrivent les troubles de l'ordre physique. La parole s'embarrasse; les forces diminuent; il commence à se faire une véri-

table déchéance intellectuelle et physique. Le délire des grandeurs va en progressant. Au début, il était encore dans les limites de la vraisemblance ; il s'élève ensuite aux millions, aux milliards, aux châteaux, aux diamants, etc. En même temps que l'état mental se complète et s'aggrave, la paralysie fait des progrès lents et successifs. La parole s'embarrasse de plus en plus ; les mots ne peuvent même plus sortir ; le malade ne marche plus ; il tombe dans cet état particulier que l'on a appelé la démence paralytique de la dernière période.

Comme on le voit, la paralysie générale d'origine individuelle mérite bien, dans toute l'acception du mot, le nom de paralysie générale progessive. En effet, dans tout son cours, la maladie augmente graduellement; les troubles de la motilité et de l'intelligence vont en progressant plus ou moins rapidement, plus ou moins lentement, mais ils vont toujours en s'accentuant.

Il n'y a jamais, pour ces malades, de rémission ni de suspension dans la marche. Ce sont de véritables paralytiques progressifs, tandis que nous retrouverons, dans les autres parties de ce travail, avec les autres variétés de la maladie, chez les uns, de simples temps d'arrêt dans la marche, sans retour en arrière, chez les autres de véritables rémissions avec retour en arrière, de fausses guérisons; chez ceux-ci, rien de semblable. Le pronostic de ces malades est de toute évidence; il est fatal et fatal à courte échéance. Ce sont, en effet, parmi les

fous paralytiques, ceux qui sont susceptibles de vivre le moins longtemps : on peut leur assigner, comme durée de leur maladie, deux, trois ou quatre ans. Je dois ici faire remarquer, en terminant, que M. le Dr J. Falret, dans ses cours à l'Ecole pratique, a appelé l'attention de ses élèves sur ce fait, que des paralytiques généraux d'origine individuelle avaient quelquefois donné naissance à des enfants, qui sont eux-mêmes devenus paralytiques généraux. Ainsi, ces malades, qui n'ont pas d'hérédité dans leur ascendance, peuvent en constituer une dans leur descendance. Cette hérédité peut être similaire, ou se rapprocher de l'hérédité des tendances congestives. Telle est ce que j'appellerai la variété de paralysie générale d'origine individuelle que je propose d'établir.

Quelques mots sur l'hérédité en général.

Avant d'aborder l'histoire des paralytiques généraux qui sont entachés d'un vice héréditaire, je crois utile, bien que la question de l'hérédité ait été fréquemment et très-bien traitée, de dire quelques mots sur cet important sujet. Et d'abord, que doit-on entendre par ces mots : influence héréditaire? Qu'est-ce que l'hérédité?

J'emprunte à l'ouvrage de M. Ribot : (*Hérédité, étude psychologique*, Paris 1873) la définition qu'il a donnée de ce mot : « L'hérédité, dit-il, est la loi bio-

logique en vertu de laquelle tous les êtres doués de vie tendent à se répéter dans leurs descendants : elle est pour l'espèce ce que l'identité personnelle est pour l'individu.

Par elle, au milieu de variations considérables et incessantes, il y a un fond qui demeure, par elle la nature se copie et s'imite. Considérée dans sa forme idéale, l'hérédité serait la reproduction pure et simple du semblable par le semblable. »

Cette conception est purement théorique. L'hérédité, considérée dans l'ordre psychologique, est une force qui transmet, conserve, accumule et crée des habitudes intellectuelles. Grâce à l'hérédité, tout progrès prépare un autre progrès, toute déehéance entraîne une autre déchéance. La transmission des anomalies psychologiques de toutes sortes, soit des passions et des crimes, soit des hallucinations, soit des autres formes de la folie, est très-fréquente : elle se traduit par des faits éclatants et il faut évidemment admettre l'hérédité psychologique morbide.

Mais la question que je veux essayer de résoudre ici, en parlant de la paralysie générale chez les héréditaires, a trait à un autre côté de l'histoire de l'hérédité, je veux parler des métamorphoses de l'hérédité. Je désire montrer que les paralytiques généraux, que je classerai dans la variété héréditaire, subissent réellement le résultat de la métamorphose d'un état pathologique. Ces malades auront une marche et des symptômes modifiés dans leur ensemble, suivant

la nature de l'hérédité dont ils seront entachés : c'est pourquoi je les diviserai en deux catégories.

L'étude des transformations de l'hérédité a été faite en détail par le Dr Moreau de Tours, dans sa *Psychologie morbide*. « C'est mal comprendre, dit-il, la loi d'hérédité, que d'attendre à chaque génération nouvelle le retour de phénomènes identiques; certains auteurs ont refusé de soumettre les facultés mentales à l'hérédité, parce qu'ils voudraient que le caractère et l'intelligence des descendants fussent exactement semblables à ceux des ascendants; qu'une génération fût la copie de la precédente, que le père et le fils donnassent le spectacle d'une même créature, naissant deux fois et parcourant chaque fois la même vie dans les mêmes conditions. Ce n'est pas dans l'identité des fonctions ou des faits organiques et intellectuels qu'il faut chercher l'application de la loi d'hérédité ; c'est dans la source même de l'organisation, dans la constitution intime. Une famille dont le chef est mort aliéné, apoplectique ou épileptique, ne se se compose pas nécessairement d'aliénés et d'épileptiques ; mais les enfants peuvent être idiots, paralytiques ou dégénérés. Ce que le père a transmis à ses enfants ce n'est pas la folie, c'est le vice de sa constitution qui se manifestera sous des formes différentes. »

Le Dr Morel, dans son *Traité des dégénérescences*, dit en termes presque semblables : « Nous n'entendons pas exclusivement par hérédité la maladie même des parents transmise à l'enfant, avec l'iden-

tité des symptômes de l'ordre physique et de l'ordre moral ; nous comprenons sous le mot d'hérédité la transmission des dispositions organiques aux enfants. »

En parlant des jeunes détenus des maisons de correction, M. le Dr Legrand du Saulle (*Gazette des hôpitaux*, 1867) est animé de la même idée, quand il nous montre une collection « d'êtres quinteux, irritables, violents, peu intelligents, réfractaires à tous sentiments honnêtes, indisciplinables et incorrigibles.

« Et de qui sont-ils nés? Tantôt ils sont fils de vieillards, de consanguins, d'alcoolisés, d'épileptiques, d'aliénés : tantôt, et c'est, hélas ! le plus souvent, ils doivent la vie à un père inconnu, et ils la reçoivent d'une mère scrofuleuse, rachitique, hystérique, paralytique, prostituée ou folle. »

Voilà des faits de transformation du vice héréditaire. Eh bien, passant à l'étude particulière de la paralysie générale, j'essayerai de montrer, en me basant sur les observations que je mettrai sous les yeux, qu'à côté de la paralysie générale observée chez les individus dont j'ai parlé dans la première partie de ce travail, il existe une autre espèce de paralysie générale, dont la marche et les symptômes sont bien réellement modifiés par un vice héréditaire et qu'il y a lieu d'en constituer une variété, la variété héréditaire.

On admet généralement qu'il peut se rencontrer des aliénés dans les familles des paralyti-

ques, mais on a la tendance à ne voir là qu'une simple coïncidence et non point un rapport de cause à effet. Je voudrais prouver, au contraire, qu'il y a un véritable rapport de causalité : je voudrais démontrer que ces paralytiques entachés d'hérédité ne doivent pas rentrer dans le cadre de la paralysie générale d'origine individuelle ; je voudrais faire voir que le fou paralytique, lié à une prédisposition héréditaire, n'est en somme qu'un anneau de la triste et longue chaîne pathologique qui constitue l'aliénation mentale.

Cet individu, en effet, n'est que le produit pathologique d'un ascendant qui a été aliéné, apoplectique ou épileptique et qui a transmis, non pas sa maladie déterminée, mais le défaut de son organisme, tant au point de vue physique qu'au point de vue psychologique, transmission d'un germe pathologique qui a évolué dans une direction déterminée chez l'ascendant, pour se développer sous une forme nouvelle chez le descendant.

Des diverses opinions qui ont été émises, à différentes époques, sur l'hérédité, comme cause de la paralysie générale.

Les auteurs signalent souvent l'hérédité, dans leurs observations particulières, mais ils ne tiennent pas compte de ce fait dans leurs commentaires ; ils sont presque tous disposés à admettre que la para-

lysie générale est très-rarement héréditaire, et dans tous les cas, la moins héréditaire de toutes les formes de la folie. En effet, parmi ceux qui se sont occupés de cette intéressante question, le plus grand nombre, ont signalé dans l'énumération des causes de cette maladie, l'hérédité. Mais en réalité, aucun n'a attaché à cette donnée l'importance qu'elle me semble avoir. Ceux qui l'ont envisagée avec le plus d'attention, n'ont considéré que l'influence de l'hérédité des tendances congestives; encore, l'ont-ils notée sans en faire ressortir toutes les conséquences.

Quelques-uns ont indiqué la possibilité de l'influence des vésanies, mais aucun ne s'y est arrêté. Ce qui prouve bien que la question de l'influence héréditaire n'est pas élucidée, c'est que M. Dagonet, médecin en chef de l'Asile Saint-Anne, dans son dernier ouvrage publié en 1876 (Nouveau Traité des maladies mentales), s'exprime ainsi :

« L'étiologie de la paralysie générale est très-obscure. L'hérédité semble jouer un rôle assez important dans la production de cette affection. Il n'est pas rare en effet de rencontrer dans la famille de ceux qui sont atteints, des individus qui ont été affectés de paralysie, de démence ou de l'une ou l'autre des différentes formes de l'aliénation mentale. »

On voit, par ce passage, que l'auteur veut bien accorder que l'hérédité semble jouer un rôle, mais il ne songe nullement à déterminer quel est ce rôle.

Je ne prétends pas résoudre la question ; je ne désire que la présenter à de plus compétents que moi et je serai très-heureux de l'avoir soulevée, si mon travail doit apporter quelques éléments pour arriver à sa solution définitive.

J'ai commencé par citer M. Dagonet, car c'est lui, à ma connaissance, qui vient de publier le livre le plus récent sur l'aliénation mentale. Mais il me semble intéressant de passer en revue les différentes opinions qui ont été émises, à propos de l'étiologie de la paralysie générale, tant dans les auteurs nos maîtres, que dans les quelques thèses qui ont été soutenues sur ce sujet.

Bayle, dans son Traité des maladies mentales (méningite chronique), dit à ce sujet : « C'est une triste vérité que l'aliénation mentale, qui est sans contredit la plus pénible des maladies dont l'homme puisse être atteint, est en même temps une de celles auxquelles l'hérédité prédispose d'une manière très-marquée. Cette cause est si énergique que c'est quelquefois la seule à laquelle on puisse attribuer le délire. D'autres fois, les causes qui ont précédé son invasion sont si légères qu'il est difficile de leur accorder une grande influence dans la production de la folie. Ce que nous disons des maladies mentales, s'applique entièrement à l'espèce d'aliénation qui dépend d'une méningite chronique. »

On lit dans Calmeil (Traité des maladies du cerveau) : « Plus d'un quart des malades atteints de périencéphalite chronique diffuse, comptent dans

leur parenté, soit des maniaques, des mélancoliques, ou des sujets en démence, soit des épileptiques, des apoplectiques ou des individus affectés d'encéphalite locale. Les influences héréditaires et la conformation primitive des centres nerveux intra-crâniens, exercent donc sur la paralysie générale incomplète une influence considérable. »

Dans son Traité de pathologie cérébrale (1844), Scipion Pinel, parlant de la paralysie générale, dit : « Quant aux causes de la cérébrite paralytique, nous n'en avons constaté que trois bien positives : En première ligne, l'abus des boissons alcooliques, puis les chagrins et la misère, et enfin la prédisposition héréditaire qui résume à elle seule toutes les causes, dans cette maladie comme dans les autres. »

Le Dr Quatrefages (de Montpellier), dans une brochure sur la paralysie générale des aliénés, (1865,) écrivait : « L'influence de l'hérédité sur la production de cette maladie, n'est contestée par personne ; malgré la difficulté que l'on a à s'assurer de la chose, on peut affirmer que la plupart des paralytiques généraux ont eu des parents atteints de maladies nerveuses ou cérébrales. » Dans les *Annales médico-psychologiques*, 1851, M. Brierre de Boismont fait remarquer que : « dans la paralysie générale on trouve souvent l'hérédité, non pas spéciale, mais celle de toutes les formes du délire et des maladies nerveuses. »

Comme on peut le voir par ces diverses citations,

non-seulement l'hérédité est admise comme cause par ces auteurs, mais encore, ils lui accordent une importance assez considérable; seulement, tout en insistant sur cette importance, ils n'ont pas l'air de se douter de la distinction que je désire faire ressortir entre l'hérédité des vésaniques et l'hérédité des tendances congestives; de plus, ils ne cherchent pas à établir si ce fait de l'hérédité, intervenant comme cause, donnera à la maladie un caractère spécial. A côté de ces opinions, je trouve, dans deux thèses de Paris, les réflexions suivantes : Lagardelle (1865), traitant assez longuement la question de l'étiologie dans la paralysie générale, conclut en disant : « La plupart des causes de cette affreuse maladie ont une puissance telle qu'on s'explique aisément la production de lésions aussi graves, sans qu'il soit utile d'invoquer l'hérédité comme ayant joué un rôle actif. Chez tous les paralytiques généraux que nous avons eu l'occasion de voir, nous avons toujours constaté, dans leurs antécédents, l'existence de causes assez graves pour pouvoir, à elles seules, produire la maladie. » Friese (1869), dit de son côté : « l'hérédité si communément constatée dans toutes les aliénations mentales, l'est peut-être aussi dans la paralysie générale, mais bien plus rarement. » Ces deux auteurs notent donc le fait de l'hérédité pouvant intervenir comme cause, mais non-seulement ils ne font pas de distinction entre les deux ordres d'hérédité, mais ils semblent même ne lui accorder qu'une influence très-minime.

Pour eux, ce sont surtout les causes que j'ai indiquées comme base de l'étiologie de la variété individuelle, qui sont les causes les plus importantes de la paralysie générale, sous toutes ses formes.

Continuant à passer en revue les opinions des divers auteurs, j'arrive à ceux qui, non-seulement ont admis l'hérédité en général, mais qui ont cherché à faire ressortir l'importance de l'hérédité des tendances congestives, sans songer à l'influence possible de l'hérédité des vésanies. Je trouve dans les *Annales médico-psychologiques* (1843), le passage suivant emprunté à Aubanel : « Il existe presque constamment chez les paralytiques généraux une disposition singulière aux congestions cérébrales. Ce sont elles qui marquent, dans bien des cas, le premier développement de la maladie ; ce sont elles qui hâtent les progrès de cette affection mentale, c'est presque toujours de leur fréquence de leur répétition et de leur intensité, que naissent les accidents promptement mortels. » Dans ces mêmes annales (1846), M. Baillarger donne son opinion en ces termes : « C'est un fait malheureusement trop avéré aujourd'hui, que l'influence de l'hérédité dans la production de la paralysie générale. Rien de si commun, en effet, que de rencontrer des fous paralytiques qui comptent, dans leur parenté ascendante, soit des individus en démence, soit des mélancoliques ou des maniaques ; mais l'on y trouve surtout des hémiplégiques et des épileptiques, des sujets atteints d'affections nerveuses diverses ou disposés aux congestions cérébrales. »

Dans son mémoire (Recherches sur la paralysie générale, 1849), M. Lunier s'exprime ainsi : « L'hérédité de la paralysie générale est admise par tout le monde ; nous croyons néanmoins que la prédisposition héréditaire ne présente pas dans cette maladie les mêmes conditions que dans la folie.

Dans la parenté des aliénés, on trouve bien, il est vrai, des paralytiques, des déments, mais on y trouve surtout des aliénés.

Dans la parenté des paralytiques, au contraire, quand il y a un lien héréditaire, on trouve principalement des individus morts d'apoplexie ou de paralysie, des épileptiques, etc. »

On lit dans une thèse de Paris faite sous l'inspiration de M. Legrand du Saulle, (Bouchoir, 1874 Considérations sur la folie paralytique) : « On a admis des causes prédisposantes et des causes occasionnelles : au nombre des premières, il faut placer l'hérédité, bien qu'elle ait été niée par quelques aliénistes. Marcé et Calmeil l'admettent ; nous nous rangeons de leur avis. Mais surtout nous considérons comme importante l'hérédité congestive. Quand on demande à la famille d'un paralytique général, de quelle affection sont morts ou le père ou la mère, dix fois sur dix il est répondu d'apoplexie. »

J'arrive à la thèse de M. Doutrebente (1870), à laquelle j'emprunterai plusieurs passages. « Il importe, dit-il, de ne pas confondre l'hérédité de la folie et l'hérédité des tendances congestives ou hérédités de laparalysie générale.

Cette maladie peut reconnaître une influence héréditaire, qu'on retrouvera, non pas dans une famille de dégénérés, mais souvent dans les familles les mieux douées et les plus exemptes de maladies héréditaires ; je veux parler de l'hérédité des tendances congestives. »

Je viens de citer un passage de la thèse du Dr Doutrebente, où il établit très-nettement qu'il croit à une influence héréditaire dans la production de la paralysie générale ; mais il note seulement l'influence des tendances congestives, sans faire aucune allusion aux vésanies. Je vais maintenant citer de même auteur deux passages où il nie très-manifestement l'hérédité vésanique.

« Des confusions regrettables, nous le croyons, doivent être attribuées à de vicieuses interprétations étiologiques.

Esquirol, Bayle, Calmeil et tous leurs élèves et imitateurs, ont admis l'influence héréditaire dans un grand nombre de cas de paralysie générale ; mais ils me paraissent avoir mal compris et mal défini comment se fait, pour la paralysie générale en particulier, cette transmission héréditaire. Parmi les observations de paralysie générale, citées par Bayle, Calmeil, Baillarger et autres, on trouve parfois des paralytiques ayant ou ayant eu des aliénés dans leur famille.

Y a-t-il un rapport de cause à effet, ou une simple coïncidence?

Contrairement à l'opinion des savants spécialistes,

nous pensons que la paralysie générale, survenue chez un héréditaire aliéné ou prédisposé à l'aliénation mentale, a été produite par des causes autres que la prédisposition à prendre la folie, et que par suite il faut regarder ce fait comme une simple coïncidence et non point comme un rapport de cause à effet. »

Plus loin il dit encore : « La méningo-encéphalite chronique n'est donc point une espèce de folie et non plus une complication ou un mode de terminaison de la folie. C'est une entité morbide bien nettement définie, formant un genre à part et qui par suite ne relève pas des phénomènes de causalité imputables à l'aliénation mentale. Aussi, à notre avis, a-t-on eu tort de croire que la paralysie générale se produisait sous l'influence de l'hérédité dans une famille entachée d'aliénation. Cela peut, il est vrai, arriver dans quelques cas très-rares, mais c'est une coïncidence et la paralysie générale est le résultat d'autres causes. » A côté de ces diverses citations du travail de M. Doutrebente, je ne puis m'abstenir de citer le passage suivant : Il rapporte une observation de paralysie générale empruntée à Bayle et, à ce propos, il ajoute : « Cette observation a été étudiée avec soin par Bayle ; il a, dans les remarques judicieuses qui suivent chaque observation, noté, que l'on n'observe pas toujours ces alternatives de guérison et de rechute, en un mot, la périodicité chronique particulière aux aliénés héréditaires que l'on a appelés pour cela fous périodiques, circu-

laires, etc.; il est donc probable que ce malade qui ne s'affaiblissait pas d'une façon évidente, aurait vécu très-longtemps, car il appartenait à une famille d'aliénés.»

Comment se fait-il que M. Doutrebente, après avoir dit si catégoriquement qu'il ne fallait compter, dans l'histoire de la paralysie générale, qu'avec l'hérédité des tendances congestives et que l'influence de l'hérédité vésanique n'avait rien à voir avec cette maladie, vienne parler d'un malade type de paralytique général issu d'une famille d'aliénés, et qu'il note lui-même le fait?

Dans les *Annales médico-psychologiques* (1869), je trouve une analyse de la thèse du Dr Materne par M. Doutrebente. Arrivant à la question de l'étiologie, M. Materne disait : « La folie paralytique n'est pas une maladie héréditaire. »

M. Doutrebente fait suivre cette phrase de la réflexion suivante. « C'est là une idée à laquelle nous adhérons complètement, malgré l'opinion contraire de MM. Calmeil, Marcé, Foville, etc. »

Il y a évidemment là une contradiction qui prouve que la question n'est pas jugée, et qu'il y a lieu de s'en occuper pour essayer de l'éclaircir. Enfin, pour terminer cette revue d'opinions diversement émises, je vais citer les passages de deux thèses, où non-seulement on note l'influence héréditaire, comme cause importante, mais où il est fait mention de la possibilité de l'influence spéciale de l'hérédité des vésanies. Dans l'une, l'auteur se demande quelle est

celle de toutes les formes de l'aliénation mentale qui semble prédisposer le plus à la paralysie générale. C'est bien là l'idée de la possibilité de l'influence des vésanies. Dans l'autre, l'auteur est plus explicite, il se pose une des questions que je veux essayer de résoudre dans mon travail.

Les paralytiques qui sont liés à une hérédité vésanique, ne sont-ils pas susceptibles de débuter par le délire?

« Il n'est peut-être pas, dit M. Cazenave, (thèse de Paris 1848), de maladie si ce n'est la phthisie pulmonaire, plus soumise à l'influence des prédispositions héréditaires que l'encéphalo-méningite chronique. Sur cinquante observations de paralytiques que nous avons sous les yeux, vingt-neuf sont entachés d'hérédité. L'aliénation mentale agirait donc comme cause prédisposante, mais de toutes les formes d'aliénation, en est-il une qui prédispose d'une manière plus marquée à la paralysie générale? Les auteurs se taisent à ce sujet; toutefois, si les résultats de mes observations pouvaient me donner le droit de hasarder une opinion, je dirais que la monomanie, quel que soit du reste l'ordre exclusif d'idées sur lequel roule le délire, a une prédominance notable sur la manie et la démence dans le développement de la paralysie. »

Duprat, (thèse de Paris 1857), s'exprime en ces termes: « Au premier rang des causes de la paralysie génerale se place l'hérédité; Bayle l'invoque

dans la moitié des cas ; cette appréciation est trop faible.

L'hérédité en effet, dans le cas qui nous occupe, n'est pas constituée seulement par la présence de la paralysie générale chez les ascendants, mais encore par la présence de certaines affections nerveuses, telles que l'aliénation mentale, l'épilepsie, etc.

Il est souvent difficile de faire avouer l'hérédité ; beaucoup de familles se complaisent fort peu à raconter qu'un de leurs membres a été atteint d'aliénation mentale, ou sujet à des attaques d'épilepsie.

En admettant l'hérédité due aux vésanies, on expliquerait peut-être quelques unes des formes de la paralysie générale : Il serait logique en effet de penser que chez celui, par exemple, qui était prédisposé à la folie, l'affection a débuté de préférence par le délire. »

On voit, par ces diverses citations que jai cru utile de faire, que, dans tous les esprits, la question d'hérédité a été soulevée.

Les uns l'ont admise comme un fait important, sans chercher à déterminer son rôle suivant sa nature. D'autres ont insisté tout particulièrement sur l'influence de l'hérédité des tendances congestives ; enfin, l'hérédité des vésanies a été niée, tandis qu'ailleurs elle était nettement indiquée.

J'arrive enfin, après des préliminaires peut-être un peu longs, mais que j'ai cru utiles pour ce travail, à l'histoire des paralytiques généraux liés à un vice héréditaire.

II. Paralysie générale d'origine congestive.

Etiologie. — Il existe, parmi les malades atteints de paralysie générale progressive, une catégorie toute spéciale ; ce sont des cérébraux avant d'être des aliénés ; ce sont ceux qui sont frappés, soit au début, soit dans le cours, soit à la fin, soit aux diverses périodes de la maladie, d'attaques congestives, se rapprochant, tantôt de l'ictus apoplectique, tantôt des attaques épileptiformes. Il m'a semblé, en voyant toutes les observations où ces faits étaient signalés, qu'il y avait là un symptôme gros d'importance à tous les points de vue, et suffisant pour permettre de faire de ces malades une catégorie à part, une véritable variété dans l'espèce. Or, à quoi est dû ce symptôme qui me paraît capital, à côté de tous les autres qui coexistent avec lui? Bien des auteurs, comme je l'ai dit plus haut, ont attaché de l'importance à l'influence de l'hérédité des tendances congestives dans la production de la maladie en général.

Mais ils n'ont pas mis cette influence en rapport avec une variété spéciale, ayant pour caractère particulier la fréquence des congestions.

On ne trouve pas toujours, dans les observations que je citerai, le fait de l'hérédité signalé ; il est si difficile de faire dire aux familles ce dont est mort tel ou tel de leurs membres. Cependant le fait est sou-

vent noté et l'on peut conclure de l'un à l'autre que le plus souvent les parents de ces malades ont dû succomber à une affection cérébrale, et qu'ils ont transmis à leurs descendants une tendance à avoir eux-mêmes des congestions cérébrales qui pourront évoluer dans une autre direction que chez les ascendants. Si la tendance à ces états congestifs n'est pas la cause directe de la maladie spéciale, elle est au moins la raison de la production de ces attaques, de ces convulsions, qu'on observe à une période quelconque de la maladie et qui en modifient si profondément la marche et les symptômes. A côté de cette hérédité des tendances congestives, que je considère comme la cause déterminante la plus fréquente de l'explosion de la maladie dans cette variété, il me semble qu'il faut ranger un certain nombre de faits assez restreints, qui peuvent être eux, aussi, la raison directe d'un état congestif et qui peuvent par conséquent remplacer, dans la genèse de cette seconde variété, l'hérédité des tendances congestives. Parmi ces faits il faut ranger : la suppression brusque d'un flux hémorroïdal, la cessation de l'écoulement menstruel, peut-être l'insolation, et bien certainement le traumatisme crânien.

Ces diverses causes, en effet, sont de véritables points de départ de congestion et il faut compter avec elles dans l'histoire de la paralysie générale. Le traumatisme cérébral en particulier, signalé dans beaucoup d'observations, comme antécédent éloigné de la folie paralytique, me semble jouer un

rôle très-important. En effet, à un moment donné de l'existence, un individu qui subit un choc cérébral, que ce soit une balle ou un coup de sabre, une tuile ou une cheminée qui lui tombe sur la tête, est soumis, dès ce moment, à la possibilité de l'explosion d'accidents qui ne reconnaîtront pas d'autre cause que ce point de départ. Recevoir un choc sur la tête, c'est se créer quelque chose qui est tout à fait analogue, en somme, à l'hérédité des tendances congestives. De ce jour, comme le dit M. le professeur Lasègue, on hérite des tendances aux maladies que peut déterminer tout choc grave qui lèse plus ou moins le cerveau. On devient possesseur d'un germe pathologique, qui jouera un grand rôle dans toute l'existence de l'individu atteint. C'est une espèce d'épine, c'est une cause fixe et un point de départ d'inflammations périphériques qui conduiront, à un moment quelconque de l'existence, à des états congestifs graves. Ces inflammations, ces états congestifs, deviendront à leur tour la cause déterminante et directe de crises qui se traduiront, chez les uns par de l'épilepsie, (Lasègue), chez les autres par de la paralysie générale. Mais il me semble que le plus souvent dans ces cas, il doit y avoir, autour de ces causes occasionnelles d'un état congestif, une série d'autres causes qni font que ces congestions en évoluant, pourront conduire à la paralysie générale et la modifier dans son ensemble. Mais ce sont ces congestions cérébrales, ictus apoplectique ou attaque épileptiforme, qui seront toujours chez les ma-

lades de cette catégorie, le premier signe de la terrible affection.

Symptômes, Marche, Pronostic, durée. — Dans la variété qui fait le sujet de ce chapitre, il s'écoule souvent un temps assez long entre la production du délire, et la première attaque qui est pour ainsi dire venue prévenir le malade qu'il était, à partir de ce jour, sous le coup des conséquences fâcheuses qui résultent le plus souvent des lésions cérébrales. Ces malades, qui ont dans leur histoire, en dehors des causes que j'ai signalées dans la première variété, ou en même temps que ces causes, une tache héréditaire, l'hérédité des tendances congestives, ont, comme l'a fort bien dit M. Lunier, (Annales médico-psychologique 1849.), « un caractère, une manière d'être, des habitudes, un état de santé habituel qui peuvent permettre de les juger comme prédisposés à la paralysie générale. » Ils ont en effet le plus souvent les attributs d'un tempérament sanguin, une véritable constitution apoplectique caractérisée par un état de pléthore plus ou moins prononcée. Ils ont de l'embonpoint, une forte poitrine, un cou gros et court ; leur teint est coloré ; ils ont après les repas, de la tendance au sommeil et à l'assoupissement. Ils sont facilement irritables, mais reviennent de leurs emportements avec la même facilité qu'ils les ont eus. Ils sont souvent loquaces, téméraires, brusques, faciles à entrainer, très-volontaires dans leurs brusqueries, mais distraits et en somme peu

tenaces dans leurs desseins. Ils ont habituellement l'amour de la bonne chère; ce sont de fins dégustateurs de bons vins et de liqueurs alcooliques.

Leur constitution généralement forte leur donne des appétits vénériens qu'ils aiment à satisfaire largement.

Il y a lieu d'établir, à propos de ces différents faits, que ce qui serait un excès pour quelques individus, n'en est pas pas un pour ces gens là.

Ils sont sujets aux maux de tête, ont de fréquentes épistaxis qui souvent d'ailleurs leurs rendent service.

Ils ont, plus que d'autres, à souffrir des hautes températures; ils sont toujours gênés et mal à leur aise au milieu des foules, dans les endroits où l'on s'accumule, theâtres, cafés, etc. Eh bien, tous les individus qui répondent à peu près à cette description, et qui arrivent à la paralysie générale, débutent habituellement par une attaque de congestion cérébrale évidente et manifeste. Quelquefois cependant il n'y a pas d'attaque perceptible ; on trouve simplement l'ensemble des symptômes d'un état congestif, sans avoir constaté l'ictus.

Il s'écoule un temps plus ou moins long, quelquefois très long, d'autres fois très-court, entre ce début par attaque congestive. et l'explosion de la maladie confirmée. Le temps qui s'écoule ainsi, constitue une sorte de période prodromique, pendant laquelle il n'est pas encore permis de considérer ces malades cliniquement comme des aliénés ; ce ne sont encore que des cérébraux.

Je crois utile de noter ici en passant, que, parmi les malades surtout remarquables par l'intensité et la fréquence des symptômes paralytiques, il est nécessaire de faire des distinctions importantes basées sur la façon dont se présentent ces symptômes. Les uns, que l'on peut appeler des médullaires, débutent souvent par des phénomènes de paraplégie. D'autres se rapprochent des ataxiques des hôpitaux; de même que chez ces malades, ce qui frappe surtout l'attention, c'est l'incoordination des mouvements, non-seulement des membres inférieurs, mais encore des membres supérieurs. Enfin, bien que dans le cours de ce chapitre, je doive insister particulièrement sur les attaques congestives apoplectiformes et épileptiformes, je veux signaler qu'il existe des paralytiques généraux que l'on a considérés longtemps comme des épileptiques vrais, avant de les faire rentrer dans l'ordre de la folie paralytique.

Quand un individu, à un âge assez avancé de sa vie, présente tout à coup des attaques épileptiques, il ne faut pas trop se hâter de porter un diagnostic ; le malade n'est pas un épileptique vrai, il est le plus souvent un paralytique qui débute par de l'épilepsie.

Ces malades présentent donc tout d'abord des troubles de l'ordre physique ; ils éprouvent de suite des symptômes de paralysie. Ils ont de la difficulté dans la prononciation, dans la démarche ; ils sont de plus, sujets aux maux de tête, quelquefois ils présentent de la déviation des commissures ; puis bientôt ils arrivent à déraisonner et ils tombent dans le do-

maine de la folie. Quelquefois ces malades se manifestent, non-seulement par leurs actes et par leurs paroles, mais encore par leurs écrits : quand je dis leurs écrits, je ne veux point parler des idées qu'ils y expriment, je veux parler de la façon dont ils écrivent : souvent ils oublient des mots et des membres de phrases, d'autres fois ils écrivent les mots à moitié. Ce fait je l'ai observé moi-même, et il m'a été souvent signalé par mon maître M. le Dr J. Falret, chez plusieurs malades que j'ai eus sous les yeux, que j'ai pu suivre quelque temps, et dont les symptômes et la marche permettent de les ranger dans cette catégorie.

Le délire peut être tout autre que le délire des grandeurs, et même cette forme spéciale peut faire défaut. Le plus souvent cependant on le constate, à un degré plus ou moins intense ; ce n'est quelquefois qu'un simple délire de satisfaction pendant lequel le malade trouve que tout est beau, bon et bien.

Dans le courant de la maladie, on observe parfois de véritables rémissions de tous les symptômes. La raison semble revenir ; les forces renaissent ; on croit que tout va rentrer dans l'ordre. Mais hélas ! à vrai dire, l'espoir ne luit pas pour ces pauvres malades ; ils ne peuvent se guérir.

Une nouvelle poussée congestive ne tarde pas à se faire sentir. Le malade retombe plus gravement et descend plus bas encore ; le délire reparaît, les phénomènes de paralysie s'aggravent. Ce qui frappe

le plus de prime-abord, ce sont les phénomènes paralytiques ; le délire peut passer inaperçu ; le malade n'a plus la force de délirer ; il tombe d'emblée dans un état de profonde démence et d'hébétude. On observe ainsi des alternatives quelquefois assez fréquentes de ces rémissions et de ces rechutes. Or, ce qui m'a frappé chez ces malades, c'est que chaque rechute entraîne avec elle un degré de plus de déchéance intellectuelle.

Les rémissions ne sont donc le plus souvent qu'apparentes. Il y a rémission, par rapport à l'état aigu de la maladie, mais il y a en réalité une décadence profonde, tant au point de vue psychique qu'au point de vue physique.

Ces malades, s'ils ne sont pas arrivés de suite à la démence, y arrivent cependant rapidement. Ils peuvent mourir pendant une de ces attaques ou quelques jours après.

Ainsi, l'état congestif, qui a déterminé la première atteinte du mal, se fait sentir jusqu'au bout, pendant toute la durée de la maladie. Cet état congestif, comme je l'ai déjà noté plus haut, ne se présente pas toujours de la même manière. Il peut arriver que chez ces paralytiques généraux on remarque tout à coup de la somnolence et une grande inertie physique et morale ; souvent alors on ne tarde pas à les voir tomber dans le coma. Ils sont insensibles aux agents extérieurs ; les muscles sont dans une résolution complète ; quelquefois c'est une hémiplégie qui est le résultat de la congestion. Cette

hémiplégie est d'une durée variable ; elle peut passer d'un côté à l'autre, souvent aussi on la voit disparaître. Mais il est autre une forme, la plus commune, et la plus importante à la fois; par son appareil symptomatique spécial et par l'influence fâcheuse qu'elle exerce sur la marche de la maladie, je veux parler de la congestion apoplectiforme. Trousseau, dans ses *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, décrit, d'une façon magistrale, la congestion cérébrale apoplectiforme qu'il considère comme toujours liée à l'épilepsie. L'observation démontre qu'il n'en est pas toujours ainsi et que la congestion apoplectiforme peut se présenter comme un phénomène symptomatique de la paralysie générale, ainsi que cela ressort des travaux de Falret père, Baillarger, Billod, Moreau de Tours. Dans ces cas, la congestion se manifeste sous forme de vertiges et d'étourdissements; tantôt aussi elle est caractérisée par une perte complète de connaissance, simple ou présentant l'aspect de l'apoplexie, ou bien elle s'accompagne d'attaques qui simulent, à s'y méprendre, celles qui appartiennent à l'épilepsie vraie.

La durée de l'existence de ces malheureux est soumise à la violence des attaques qu'ils ont à supporter. Ils meurent quelquefois très-rapidement; souvent auss ils vivent bien plus longtemps que dans la variété d'origine individuelle. Grâce aux périodes de rémission que j'ai signalées, ces malades peuvent vivre six, sept ou huit ans. Le pronostic d'ailleurs, quelle que soit la durée de la maladie, est

inévitablement fatal; il est soumis à la violence plus ou moins grande des attaques.

C'est avec intention que je ne m'appesantis pas ici sur les autres symptômes de la paralysie générale et que je ne décris, ni les périodes d'agitation ni les formes variées du délire. Tout cela a été fait d'une façon très-complète et se trouve partout. Je ne veux montrer que le côté spécial de ces malades congestifs. J'ai voulu établir qu'à côté des symptômes généraux de la maladie, ils ont un ensemble de symptômes spéciaux et une marche particulière qui permettent d'en faire une variété à part et que cette spécialité de marche et de symptômes est bien réellement liée à la spécialité de la pathogénie.

En somme, ces malades se distinguent des autres en ce qu'ils débutent brusquement par une attaque indiquant qu'ils en auront d'autres pendant le cours et à la fin de leur maladie. Ils ont des rémissions que n'ont pas les malades de la première variété; mais ces rémissions sont le plus souvent courtes et ne constituent que des temps d'arrêt; ce sont de simples états suspensifs dans la marche des symptômes. Ces malades tombent généralement et très-rapidement dans un état de démence prononcée dès le début : aussi, pendant les rémissions, il n'y a chez eux qu'une apparence de retour à l'état normal. Ils ne récupèrent jamais tout ce qu'ils ont perdu; leur mémoire reste affaiblie; ils n'ont qu'un cercle très-restreint d'idées. Ils ne peuvent être comparés à ce qu'ils étaient avant d'être frappés pour la première

fois. Quand on a connu un de ces malades dans la période florissante de sa vie, quand on l'a vu brillant de santé et d'intelligence, on ne peut pas, même au moment des rémissions les plus complètes, s'empêcher d'être profondément frappés de sa déchéance intellectuelle.

Cette inexorable maladie ne pardonne pas ; elle ne laisse jamais s'effacer d'une façon notable la marque qu'elle a imprimée dans l'intelligence de ses victimes. Quelquefois les symptômes s'arrêtent tout à fait dans leur progression ; ils s'arrêtent en laissant les malades dans un état d'anéantissement complet ; ce sont des êtres qui peuvent même vivre très-longtemps, mais chez lesquels la pensée est suspendue pour toujours. Telle est, dans la paralysie générale, la seconde variété de malades que je propose d'établir, en me basant, comme pour la première, sur l'influence qu'exerce la pathogénie sur la marche et sur les symptômes.

III. Paralysie générale d'origine vésanique

Etiologie. J'aborde la troisième variété de paralytiques généraux que le résultat de mes recherches m'a conduit à proposer. Les malades que je fais rentrer dans cette catégorie présentent, à côté des phénomènes communs à tous les paralytiques généraux, un ensemble de symptômes tout particuliers, une physionomie toute spéciale.

De même que pour la variété d'origine individuelle et la variété d'origine congestive, je cherche à établir qu'il existe réellement un rapport de cause à effet entre l'origine de ces malades, la marche et les symptômes qu'ils présentent.

Tout d'abord, chez la plupart de ceux qui font le sujet des observations que je publie à l'appui de mon travail, je trouve qu'il existe chez leurs ascendants un vice vésanique ; ce sont des descendants d'aliénés.

Ils ont, dans leur constitution intime, un germe pathologique qui a évolué d'une certaine façon chez les ascendants et qui évoluera chez eux d'une façon différente. Les paralytiques généraux de cette troisième variété, sont donc bien le résultat de la transformation d'un vice héréditaire. Aussi, trouve-t-on chez eux des symptômes très-caractéristiques qui permettent de dire ce qu'ils sont et ce qu'ils deviendront. En un mot, le début de leur maladie indique, d'une façon à peu près certaine, sa marche ultérieure, et l'on peut prévoir d'avance comment se comportera la paralysie générale dans sa marche et dans ses symptômes.

C'est là un progrès réalisé pour le pronostic.

Symptômes. Marche. Pronostic. Durée. — Ces malades débutent tous, par un trouble plus ou moins intense, le plus souvent très-léger, dans leurs fonctions intellectuelles. Pour se faire une idée exacte de ces modifications qui se produisent petit à petit,

très-lentement, mais progressivement, il faut parcourir, soit avec le malade quand il en est encore capable, soit avec ceux qui ont assisté aux débuts, toutes les phases successives de la maladie : alors, le plus souvent l'on constate comme le fait remarquer M. le professeur Lasègue dans sa thèse d'agrégation, qu'avant l'apparition du délire, ce sont les variations du caractère qui constituent le phénomène le plus saillant. C'est assez indiquer que ces malades sont susceptibles de traverser une longue période prodromique, avant d'arriver à la maladie confirmée.

Je vais essayer de décrire cette période prodromique dans son ensemble le plus large, sans vouloir toutefois prétendre que cette description s'applique exactementà tous ces malades sans exception : tous la présentent, mais à des degrés très-différents.

M. le Dr Jules Falret, dans un discours prononcé à la Société médico-psychologique en 1866, a décrit cette période prodromique sous le nom de période d'exaltation.

Il a insisté sur les principaux symptômes qui la caractérisent, et je ne saurais mieux faire que de lui emprunter la plupart des détails qui vont suivre :

« Quelques individus, dit-il, prédisposés, dès leur enfance, à la paralysie générale, offrent, en effet, des caractères spéciaux.

« Ces *futurs paralytiques* mènent ordinairement une vie vagabonde, aventureuse et très-agitée. » M. Brierre de Boismont, dans les Annales d'hygiène

et de médecine légale [1860], a aussi attiré l'attention sur cette première période, et il fait remarquer que, « longtemps avant l'apparition de la paralysie générale, on voit se manifester, chez certains individus, des perversions des facultés morales et affectives qui ne les empêchent pas de remplir les devoirs de la vie sociale, et de s'acquitter de leurs fonctions dans le monde. » Parmi ces malades, les uns offrent, pendant de longues années, les caractères spéciaux de cette période prodromique ; d'autres ne les présentent que quelques années, ou même quelques mois, avant l'explosion manifeste de cette forme spéciale de maladie mentale. Quelquefois, c'est la tristesse qui ouvre la marche ; le paralytique de l'avenir a perdu de sa gaieté ; il est sombre ; il s'attache à des idées inquiétantes ; il s'affaisse sur lui-même, sans pouvoir se rendre raison des causes de sa préoccupation. D'autres, au contraire, ont une activité démesurée de corps et d'esprit, qui se manifeste, non-seulement dans le langage et dans les écrits, mais encore dans la conduite de chaque jour. Souvent ils entreprennent des affaires considérables, ils bâtissent des projets qu'ils cherchent à exécuter aussitôt qu'ils les ont conçus, sans les mûrir, sans peser le pour et le contre de ce qu'ils ont pu imaginer.

Il leur arrive souvent d'abandonner des entreprises commencées pour se lancer dans de nouvelles spéculations ; sans qu'on puisse trouver aucune raison sérieuse à ces changements d'idées.

Leur sensibilité présente les plus grands contrastes selon les moments où on les observe. Généralement doux et bienveillants par nature, ils sont sujets à des accès d'irritabilité, de colère ou même de violence qui sont en opposition flagrante avec leur bonté habituelle. Un rien les irrite et les contrarie : ceux qui vivent habituellement avec eux, les considèrent comme fantasques et désagréables dans leurs relations; les étrangers, au contraire, qui ne les voient que par hasard, et ne sont pas témoins de leurs scènes intérieures, ne constatent chez eux que la bienveillance et la facilité de caractère. Quelquefois cependant, ils se laissent aller inopinément à des scènes publiques ; ils font des sorties ridicules et inattendues, se querellent avec le premier venu pour des motifs futiles, donnent un soufflet et se battent en duel pour des raisons sans valeur, se mêlent à des discussions où ils n'ont aucun motif d'intervenir; ils manifestent, en un mot, une susceptibilité tout à fait maladive, à l'occasion d'un fait insignifiant, qui eut passé inaperçu pour toute autre personne, et pour eux-mêmes avant leur maladie.

Ces malades offrent de grandes inégalités dans leurs sentiments, suivant les circonstances. Ils restent froids en présence de la mort d'une personne aimée; ils s'émotionnent au contraire jusqu'aux larmes pour des motifs sans valeur. Leur sensibilité s'exalte tout à coup, monte brusquement à un diapason très-élevé de tristesse ou de gaieté.

Ils oscillent, avec une extrême facilité, de l'amour à la haine, de la sympathie à l'antipathie. Ils passent rapidement des manifestations de la joie la plus vive à des accès de sensibilité qui leur arrachent des larmes, ou bien ils se livrent à des colères violentes, pendant lesquelles ils brisent les objets qui leur tombent sous la main, poussent des cris, se roulent à terre ; mais ce sont des accès analogues à ceux de certains enfants, des épileptiques et des hystériques. Ces colères sont passagères et, une fois disparues, il reste à peine, dans l'esprit de ces malades, quelques traces de ces mouvements tumultueux des passions aussi vite oubliés qu'ils ont été produits.

L'intelligence, chez ces paralytiques au début, est surexcitée comme le moral. Ils acquièrent des aptitudes qu'on ne leur connaissait pas et qu'ils ne se connaissaient pas eux-mêmes. Leur mémoire avivée reproduit avec facilité leurs souvenirs ; ils conçoivent facilement des idées assez complexes, et leur intelligence, à la fois plus active et plus féconde, est dans une véritable fermentation d'idées, dont quelques-unes sont absurdes et irréalisables, mais dont les autres peuvent être utiles ou applicables. Aussi a-t-on vu des malades, dans ces conditions de surexcitation pathologique, inventer des procédés nouveaux, des combinaisons nouvelles, se faire remarquer, en un mot, dans la direction spéciale à laquelle ils ont consacré leurs efforts pathologiques,

par des inventions ou des ressources d'esprit dont ils n'auraient pas été capables avant leur maladie. Leur imagination, qui est bien dans ce cas la folle du logis, conçoit les idées les plus variées : achats nombreux, voyages lointains, projets de mariages, entreprises considérables ; toutes ces idées circulent dans leur esprit et y restent à l'état de désir, ou bien les poussent à l'action; car, à cette période de la maladie, les projets peuvent encore être du domaine des choses possibles et réalisables.

Mais l'observateur judicieux et attentif commence à constater chez eux quelques absences momentanées de mémoire ou d'intelligence, de véritables lacunes dans leurs conceptions, en un mot des traces non-contestables de démence commençante, qui sont comme la marque caractéristique de cette espèce de maladie mentale, même dès ses premiers débuts. Ces malades manquent de persévérance, et malgré la confiance qu'ils ont en eux-mêmes, ils sont le plus souvent faibles de caractère et faciles à diriger comme des enfants, pour peu qu'on ne les heurte pas de front. Puis, bientôt ils abandonnent leur vie régulière; ils cessent de rentrer chez eux à l'heure accoutumée; ils fréquentent de mauvaises sociétés, font des absences de plusieurs jours sans but et sans motif. Étaient-ils économes, ils deviennent prodigues; étaient-ils rangés, ils deviennent dissipateurs. Ils ne supportent aucune contradiction, aucun reproche. Ils travaillent d'une manière exagérée, sans éprouver de fatigues, et suffisent au travail comme au plaisir.

Pour terminer le tableau de cet état d'exaltation mentale prodromique, il faut ajouter que les actes de ces malades sont souvent étranges, bizarres, contraires à toutes leurs habitudes antérieures. Ils peuvent arriver jusqu'à commettre de véritables délits ou des actes réputés criminels. Leurs sentiments moraux étant pervertis, rien ne les arrête ; ils s'abandonnent à toutes leurs impulsions ; ils ne respectent plus rien ; les usages, la décence, les convenances sociales, n'existent plus pour eux. Ils se déboutonnent ou se déshabillent en public ; ils maltraitent ou brutalisent leurs femmes ou leurs enfants ; ils font des faux ou des vols, sans précautions, sans réflexions. Ils prendront un objet sans valeur à la devanture d'une boutique ou dans un magasin ; ils refuseront de payer des cochers ; ils insulteront des passants ; enfin, les familles souffrent, sont désolées et murmurent tout bas de ces entreprises insensées qui les ruinent souvent, de ces actes d'improbité, d'indécence ou de débauche, auxquels rien ne les avait accoutumées. On commence par atténuer l'importance de tous ces faits ; on veut arrêter les malades sur cette pente funeste, mais la folie paralytique, cette inexorable maladie, marche, fait des progrès et finit par frapper le grand coup. Alors, ce long et pénible martyre, qui a désolé des familles pendant des années, va prendre fin ; la maladie fait explosion. Il ne s'agit plus de tergiverser ; il faut agir et faire séquestrer le malade que la famille et la société plaignent, mais ne peuvent plus tolérer.

Cette période prodromique dure plus ou moins longtemps, mais elle existe toujours, d'une façon plus ou moins facile à saisir, chez tous les malades de cette troisième catégorie qui sont entachés d'un vice d'hérédité vésanique. Bientôt ces malades, qui se sont acheminés lentement, entrent tout à fait dans la voie de la maladie confirmée. Comme la plupart des paralytiques généraux, ils arrivent au délire de satisfaction et de manie ambitieuse simple ; ils commençent par exprimer des idées délirantes encore possibles et réalisables, pour monter successivement les degrés de l'échelle des grandeurs et arrivent enfin à ne plus parler que de millions et de milliards, de diamants et de perles fines, qu'ils prétendent posséder en abondance : ils se disent rois, empereurs, etc. Ils ont souvent aussi des alternatives d'agitation et de dépression. M. Fabre, élève de M. Billod, a fait paraître, en 1874, dans les annales médico-psychologiques un travail sur la forme circulaire de la paralysie générale. Eh bien, je crois que cette forme de paralysie ne doit pas être constituée en variété spéciale ; il me semble qu'elle peut rentrer dans le cadre des héréditaires de vésanie. Les circulaires, les périodiques, ne sont généralement que des types d'héréditaires. Les paralytiques circulaires de M. Fabre ne sont donc que le produit de l'influence de l'hérédité, et à ce titre, je les fais rentrer dans ma troisième variété.

Je dois aussi parler ici de la manie congestive. Sous ce nom, M. Baillarger a décrit une forme spéciale de maladie mentale. Admise par quel-

ques auteurs, elle a été rejetée par d'autres. Son existence me paraît cependant pouvoir être mise en doute, en tant que maladie particulière. Les symptômes qui la caractérisent, la physionomie qu'elle présente permettent de la faire rentrer dans le cadre de la paralysie générale. C'est, en effet, le même état d'excitation cérébrale, de troubles intellectuels profonds, d'affaiblissement des facultés, et même d'accidents paralytiques et de délire ambitieux. Les malades atteints de ce que M. Baillarger appelle la manie congestive, ne sont, il me semble, que des paralytiques héréditaires de vésanie. On les voit se rétablir complétement et presque miraculeusement, après avoir présenté les signes en apparence les plus graves. Ce sont des paralytiques qui ont des rémissions, mais qui retombent tôt ou tard. Cette phase de la maladie, n'est le plus souvent que la période d'exaltation du début, observée sous son aspect le plus complet.

On a fait remarquer avec raison, en effet, que les rémissions très-prononcées dans la paralysie générale, ont lieu bien plus souvent à la suite du délire maniaque le plus intense que dans les autres formes du délire paralytique.

Dans les annales médico-psychologiques de 1876, M. Baillarger à attiré l'attention sur ce point.

Du reste, M. Baillarger, tout en croyant que la manie congestive constitue une maladie à part, et ne doit pas être confondue avec la paralysie générale,

reconnaît cependant qu'elle y prédispose et qu'elle y conduit le plus souvent.

Il me paraît encore très-intéressant de faire remarquer que les paralytiques héréditaires de vésanies peuvent se présenter à l'observateur sous des formes assez différentes, sur lesquelles on a surtout insisté dans ces dernières années. Les uns présentent temporairement le délire mélancolique et hypochondriaque spécial, sur lequel M. Baillarger a attiré l'attention. Ils s'imaginent qu'ils n'ont pas de tête, pas de bouche, pas d'estomac. Ils se croient bouchés, transformés dans la totalité de leur corps ou dans quelques-unes de ses parties; ils disent qu'ils ont des intestins en verre, des doigts en bois, ils vont jusqu'à raconter qu'ils sont morts.

Souvent, sous l'influence de ces diverses idées délirantes, ou bien par suite d'idées d'empoisonnement que l'on constate aussi, ils arrivent à refuser les aliments, avec une grande tenacité; j'ai souvent vu des malades de ce genre. Les autres, après avoir parcouru les divers degrés de l'excitation maniaque, arrivent quelquefois au véritable délire aigu, qui mériterait de fixer l'attention d'une façon spéciale et de devenir l'objet d'un travail particulier. Sans vouloir entrer dans la description de cet état spécial, je vais en énumérer les caractères les plus saillants. Il existe, dans le cours de la paralysie générale, des périodes suraiguës pendant lesquelles la méningite chronique passe momentanément à l'état aigu, ou du moins à l'état subaigu.

Ces périodes, qui ont été étudiées entre autres par M. Falret en France et par Ludwig Meyer en Allemagne, sont caractérisées par les symptômes physiques et psychiques suivants :

Le pouls se ralentit en même temps que la température augmente d'une façon assez notable. On constate des trémulations générales très-marquées. Les malades éprouvent des troubles considérables de la nutrition. Ils ont un appétit énorme, mangent d'une façon quelquefois effrayante, et cependant ils maigrissent ; ils ont des diarrhées colliquatives presque incoercibles. Ils ont de la polyurie sans sucre, et présentent des eschares, des suppurations abondantes, des éruptions de furoncles.

En même temps, l'agitation est excessive ; il y a du délire aigu ; la loquacité est intarissable ; ils passent rapidement d'une forme de délire à une autre. Après les idées de satisfaction et de grandeur, ils tombent dans la mélancolie la plus profonde et arrivent ainsi jusqu'au refus des aliments. Cet état suraigu peut se terminer par la mort, par le passage à l'état chronique, ou par des rémissions très-prononcées, sur lesquelles j'insisterai tout à l'heure.

A la suite de ces diverses formes de trouble mental, ou concurremment avec elles, on voit apparaître le cortége des phénomènes physiques ordinaires. La langue s'embarrasse ; les jambes vacillent ; la paralysie, quoique toujours incomplète, tend à se généraliser.

Mais, comme je l'ai fait pour les deux autres variétés, je ne m'arrêterai pas davantage sur ces symp-

tômes communs à tous les paralytiques généraux, qui ont été très-longuement décrits par tous les auteurs. Mon but est tout autre. Je cherche le côté spécial de chacune des variétés que je propose. Pour celle-ci, j'ai signalé la période prodromique et le caractère spécial de la période d'état de la maladie; j'arrive à parler des rémissions.

Depuis une trentaine d'années environ, on a signalé l'existence des rémissions dans la marche de la paralysie générale. Ce fait avait échappé à la plupart des auteurs précédents. Quoi qu'il en existe des exemples assez nombreux, dans les livres de Bayle et de Calmeil par exemple, ces deux auteurs n'ont pas arrêté leur attention sur ce fait.

Dans sa thèse inaugurale, en 1853, M. le Dr Jules Falret, a signalé l'existence de ces rémissions. M. Baillarger, les a étudiées dans un mémoire spécial publié dans l'Union médicale en 1855. « Cet état, disait-il, est facile à caractériser; il se résume dans ces deux faits : cessation du délire et persistance de la démence. » Après lui, Sauze a publié un mémoire sur le même sujet dans les Annales médico-psychologiques, en 1858.

M. le professeur Lasègue en avait aussi parlé dans sa thèse d'agrégation, en 1853. M. le Dr Jules Falret, dans un discours prononcé à la société médico-psychologique, en 1861, revient sur ce sujet et insistant sur son importance, il s'exprime ainsi : « On voit souvent, à la suite d'une période mélancolique assez prolongée, se produire un état d'excitation ma-

niaque, avec signes de paralysie chez certains malades. Puis, surviennent des rémissions telles qu'on hésite à classer ces faits dans la paralysie générale, la guérison paraissant presque complète. Mais, d'un autre côté, d'autres malades semblables n'offrent que des cas de rémissions très-peu marqués. Toutes ces nuances s'enchaînent. Quelques uns de ces malades tombent dans la démence calme, mais ils conservent assez de symptômes physiques et moraux de la paralysie générale pour qu'on puisse affirmer la maladie. D'autres fois, les symptômes persistent assez peu, pour qu'il y ait embarras chez le médecin. Il y aurait donc un grand intérêt à ce que cette variété de la maladie fût bien étudiée. »

Dans son traité de médecine légale, M. Legrand du Saulle, consacre plusieurs pages à cette intéressante question. Mais, de même qu'on a signalé presque partout l'hérédité, dans l'énumération, des causes dans la paralysie générale, sans y attacher l'importance qu'elle a réellement, de même, on a parlé de ces rémissions sans en chercher la raison et surtout sans chercher à établir le rapport qui me parait exister entre la nature des causes et la forme particulière des rémissions.

Je crois utile de citer ici, au sujet de la nature de ces rémissions, les opinions suivantes :

M. Brierre de Boismont, (annales médico-psychologiques 1874), dans son rapport sur la candidature de Leidesdorf de Vienne, dit que cet auteur a signalé dans la paralysie générale les rémissions pro-

longées, et cite de lui le passage que voici: « Les rémissions prolongées ont été considérées à tort comme des guérisons; elles n'ont été obtenues que dans les cas de nature syphilitique. » Leidesdorf parle donc des rémissions, pour les rattacher à un fait particulier, la diathèse syphilitique, et non pas à l'influence de l'hérédité.

On trouve aussi dans les Annales médico-psychologiques de 1871, à propos d'une discussion sur la paralysie générale, l'opinion suivante de Graigen-Stewart :

« Les cas héréditaires sont beaucoup plus exposés que les cas ordinaires aux rechutes. Cette tendance de l'hérédité à produire des rechutes, après des rémissions, est une de ses manifestations les plus caractéristiques. Quand un malade entre et sort d'un asile à diverses fois, on peut conclure presque à coup sûr qu'il est atteint de folie héréditaire. » Comme on le voit, l'auteur rattache les rémissions à l'hérédité.

De son côté, M. le Dr Legrand du Saulle (gazette des hôpitaux du jeudi 21 mars 1878, dans un article intitulé : *Des accidents congestifs*) parle de la paralysie générale et il fait remarquer, que chez les héréditaires, elle suit une marche anormale, que les rémissions ont une durée insolite, que le retour à l'intelligence et à l'activité parait complet et absolu. Ce fait est très-vrai. C'est bien là ce que je dis dans mon travail, en même temps que M. Legrand du Saulle. Mais, M. Legrand du Saulle semble

vouloir faire allusion dans ces cas à tous les paralytiques héréditaires, sans tenir compte de la nature différente des deux ordres d'hérédité ; il l'applique surtout aux congestifs, sans dire un mot des vésaniques. Or, c'est principalement chez les héréditaires de vésanies, que l'on trouve ces rémissions vraies, ainsi que je le fais remarquer dans mon travail. M. Legrand du Saulle omet donc de mettre ce fait spécial en rapport avec la véritable spécialité de sa pathogénie, ce qui me parait capital.

Les rémissions, en effet, n'ont pas, dans les deux variétés héréditaires que j'ai cherché à établir, le même caractère. Ainsi que je l'ai dit précédemment, dans la variété congestive, les rémissions sont courtes, ne sont que des temps d'arrêt dans la marche de la maladie et sont loin d'être aussi franches et aussi nettes que celles des héréditaires de vésanie.

Tout à coup, ou bien dans un laps de temps plus considérable, le délire s'apaise, le malade revient à la raison. Plus d'idées de grandeur; quelquefois, au contraire, une réserve poussée jusqu'aux dernières limites. La plus franche modestie, le calme le plus parfait succèdent à l'orgueil et à l'agitation. Plus de violences, mais bien une attitude digne et respectueuse à l'égard du médecin, tout en évitant le plus souvent des allusions à l'état antérieur. De son côté, la mémoire reparaît ; le malade se rapelle dans quel état il a laissé ses affaires, sa famille ; il demande à reprendre ses occupations, qu'il peut d'ailleurs continuer quelquefois pendant plusieurs années. Chose

plus curieuse encore, les symptômes physiques s'amendent en même temps, et le plus souvent, quand on est en présence d'une rémission franche et vraie, dans une proportion tellement considérable, qu'il ne reste presque plus aucun symptôme de paralysie. La démarche se raffermit ; la physionomie reprend son expression d'autrefois, ou, si elle conserve un caractère tout particulièrement enfantin, on n'y retrouve plus le cachet de la démence. L'embarras de la parole lui-même peut cesser. Il y a vraiment une différence profonde entre cet état d'amélioration et l'état pathologique antérieur.

Ces rémissions sont fréquentes chez les malades qui sont issus de parents aliénés; mais il est important, surtout au point de vue médico-légal, de ne pas confondre les rémissions vraies avec les apparences de rémissions.

Il ne faut pas décorer de ce nom tous les moments plus ou moins passagers, pendant lesquels il y a des apparences de lucidité. Pour qu'il y ait rémission vraie, il faut qu'il se fasse un retour en arrière; il ne suffit pas d'un éclair fugitif de raison. Cet état, bien qu'extrêmement variable dans sa durée, se maintient toujours pendant un temps assez considérable; on ne peut guère assigner de limites bien exactes à la durée ordinaire de ces sortes de guérisons.

M. Baillarger rapporte que, sur 19 cas qu'il a observés, il a noté des durées variant de un mois, à un an ou deux ans. M. Legrand du Saulle dit, dans son

Traité de médecine légale, que, sur 6 cas, il a vu la rechute se produire 4 fois au bout de dix ou onze mois, 1 fois après dix-huit mois, enfin, 1 fois après trois ans.

Marcé signale une rémission qui a duré cinq ans. Dans les observations qui font suite à ce travail, on trouvera des cas de ce genre qui, du reste, sont empruntés aux auteurs.

Il ne faut pas croire cependant que ces malades ne gardent aucune trace du coup qui les a frappés. Pour un observateur sérieux et attentif, si bien guéris que ces malades puissent être en apparence, il reste chez eux un état spécial de faiblesse générale qui se rapproche un peu de l'état de démence, à son plus faible degré. Il y a quand même un abaissement du niveau intellectuel. Le malade, dans sa période de rémission, est changeant et mobile: il est susceptible et imprévoyant; il attache de l'importance à un détail et oublie des intérêts graves; il néglige les faits principaux de sa vie, pour ne s'attacher qu'aux faits accessoires. Il n'a plus la même sûreté d'appréciation; il se méprend facilement sur la valeur des hommes et des choses; il se laisse circonvenir par son entourage; il accepte sans résistance des idées toutes faites. Accessible à la louange et à la flatterie, ce malade subit avec souplesse l'impression d'autrui. Il tend affectueusement la main à un ennemi et il se fâche pour des futilités avec sa famille et ses amis. Enfin, cet homme, qui a éprouvé les premières at-

teintes de la terrible affection, peut, dans les moments de répit que lui laisse sa maladie, avoir les meilleures apparences. Il peut se tenir très-bien dans le monde ; il peut prendre part aux futiles conversations des salons, mais chacun remarque le contraste frappant qui existe entre ce qu'il est aujourd'hui et ce qu'il était autrefois. C'est un individu qui, précipité au bas de l'échelle, a pu, à un moment donné, se relever et regagner un peu, mais il n'en reste pas moins acquis que c'est une intelligence frappée, que c'est un homme déchu.

Ces malades retombent presque fatalement, et quand on ne les retrouve pas dans un asile d'aliénés, à d'autres périodes de leur existence, c'est qu'ils ont été enlevés par une maladie intercurrente. Quand ils retombent, ils ne sont pas destinés à vivre bien longtemps. Ils ne tardent pas, après une rechute, à s'éteindre, soit au milieu d'une série d'attaques épileptiformes, soit tranquillement, soit subitement.

Chez ces malades de la troisième variété, les attaques épileptiformes ne se montrent habituellement que dans la dernière période de la maladie, au moment de la mort. Ces malades disparaissent quelquefois tout à coup, subitement, au moment où l'on semblait le moins s'y attendre.

Ces cas de mort subite ne sont peut-être pas très-fréquents, mais on les observe surtout, et presque toujours, chez les paralytiques de cette troisième variété, les héréditaires de vésanie. La durée totale de l'existence de ces malades est bien plus considé-

rable que celle des autres paralytiques. D'abord, ils ont des années de période prodromique; puis, il faut compter avec le plus ou moins de durée des états de rémission. On peut donc dire que ces malades sont susceptibles de vivre dix, douze ou quinze ans, et peut-être plus.

Au point de vue du pronostic, il n'est donc pas inutile de chercher à quelle variété appartient un paralytique général.

Les uns, victimes de fatigues et d'excès, vivent deux, trois ou quatre ans au plus; les autres, les congestifs, peuvent vivre six, sept ou huit ans; enfin, les héréditaires peuvent durer, comme je viens de le dire, dix, douze ou quinze ans.

Le pronostic des héréditaires de vésanies, quoique à plus longue échéance, n'en est pas moins fatal. Ces malades ne guérissent jamais réellement; ils sont toujours sous le coup de l'affection qui les a frappés, et cette inexorable maladie ne les abandonne jamais.

Pour tous ces malades, la guérison vraie, c'est la mort.

Quelques considérations médico-légales.

Il y a dans l'histoire de la paralysie générale un côté médico-légal très-important. En effet, pendant la longue période prodromique de la troisième variété et pendant les rémissions, il n'est pas rare de voir ces malades commettre des actes répréhensibles,

faire des faux, des vols, se livrer à des indécences, donner des signatures, ou être victime d'adroits coquins qui s'emparent de leurs esprit et leur font faire des donations ou des testaments en leur faveur. Eh bien! comment doit-on juger ces actes délictueux, et dans quelle mesure doit-on tenir compte des écrits de ces malades?

Cette intéressante et grave question a attiré l'attention de bien des auteurs. Baillarger, Lasègue, Legrand du Saulle, J. Falret, Fournet, Delasiauve, Billod, etc., ont pris part à des discussions très-vives qui ont été soulevées sur ce sujet à la Société médico-psychologique.

Ils se sont placés à des points de vue très-différents pour apprécier le degré de responsabilité de ces malades, pendant ces périodes. La question a été aussi examinée différemment suivant les pays. D'un côté, on a surtout donné de l'importance aux questions civiles, et de l'autre on ne s'est intéressé qu'aux questions criminelles. En Angleterre, comme le fait remarquer M. le Dr J. Falret. (article Responsabilité, dictionnaire de Dechambre), on a surtout envisagé les questions civiles et on est très-porté à ne tenir aucun compte des écrits de ces malades et de leur signature, quand il s'agit de sauvegarder la fortune d'une famille. On est bien moins sévère quand il s'agit d'affaires criminelles.

En France, au contraire, ces questions d'intérêt n'étaient pas de nature à passioner les débats; on a surtout accordé de l'attention aux questions cri-

minelles. Mais là encore les avis sont très-partagés. Les uns ont cherché à établir de simples degrés, selon les moments où l'on observe les malades, et ont déclaré les mêmes malades responsables ou irresponsables suivant les époques où ils sont observés. Les autres, appliquant la doctrine de la responsabilité partielle dans toute l'acception du mot, ont admis que le même malade pouvait être responsable, dans le même moment, de certains actes, sans l'être de certains antres, selon que ces actes étaient oui ou non en rapport avec leurs idées maladives. A mon avis, dans les questions civiles, il y a évidemment lieu de tenir compte des intérêts des familles qui peuvent être lésées. On ne doit donc pas hésiter à déclarer nul et non avenu un testament ou une donation de malade qui a été atteint de paralysie générale, et qui, soit pendant la période prodromique, soit pendant les périodes de rémission, a fait don de sa fortune à une personne étrangère qui peut être accusée d'avoir abusé de la confiance et de la faiblesse du malade. De même qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des actes civils de ces malades, de même dans les questions criminelles, il faut éviter de s'appuyer sur la doctrine des responsabilités partielles. Je ne prétends pas faire le procès de telle ou telle tendance; je veux seulement, en toute sincérité, donner mon opinion à ce sujet.

Cette délicate question, où se trouvent en jeu, d'un côté les intérêts de la société et des familles de ces malades et d'un autre côté la conscience du mé-

decin qui est appelé à faire rendre un verdict, est, il est vrai, bien difficile à résoudre de façon à contenter tous les esprits.

J'avoue que la doctrine des responsabilités partielles, loin de me séduire, me fait peur. Il me semble qu'il est bien difficile d'assigner à ces malades une part de responsabilité et d'irresponsabilité bien justement mesurée. La science, quelque progrès qu'elle ait pu faire en ces derniers temps, n'est point encore arrivée, que je sache, à découvrir ce que M. J. Falret appelle si justement un *phrénomètre*; c'est à-dire qu'il est réellement impossible de mesurer exactement la force de l'impulsion et la force de la résistance et de déterminer à quel motif obéit un malade de ce genre, et quel motif peut l'aider à résister? Je sais que les partisans de la doctrine des responsabilités partielles sont nombreux, mais il me semble qu'ils ne peuvent que s'engager dans une mauvaise voie, et qu'ils ne peuvent arriver à donner leur appréciation sur des actes de ce genre, qu'en se mettant souvent en contradiction avec eux-mêmes dans leurs jugements.

Que l'on soumette séparément à l'examen d'un médecin, d'une part un acte criminel et d'autre part une affaire civile : que se passe-t-il? Le médecin légiste qui voudra s'appuyer sur la doctrine de la responsabilité partielle, sera porté à laisser condamner dans ces conditions un malade, pour le premier chef d'accusation. S'il voit seulement l'apparence d'une détermination raisonnée, il infligera au contraire sans hé-

siter, au même malade l'humiliation de voir sa signature annulée, de voir détruire ce qu'il avait décidé. Je sais que la difficulté est grande: d'une part il y a la société qui demande justice; d'autre part il y a la famille qui se trouve lésée dans ses intérêts. Le médecin légiste agit en bonne conscience, et protége à la fois la société qui le demande et la famille qui le réclame à grands cris; mais des deux côtés le malade est opprimé. On le trouve assez bien intellectuellement pour punir un acte mauvais et on le trouve assez faible en même temps pour ne pas lui reconnaître le droit de disposer de ce qui lui appartient. Je crois que le médecin, dans ces cas difficiles, ne doit pas chercher le degré plus ou moins grand de responsabilité, mais bien s'assurer, par un examen sérieux et approfondi, s'il a devant lui un malade ou un homme sain d'esprit.

Si l'accusé est un malade, le médecin doit, en toute conscience, le déclarer tel, et ne pas chercher si, à tel moment, il a été sous l'empire de sa maladie, pour ne plus l'être dans un autre. Tout individu qui commet des actes délictueux, et qui est soumis à un état psychopathique, doit être déclaré irresponsable.

Cet individu appartient à la médecine, il n'apparpartient pas à la justice. Il doit être, non pas laissé en liberté, mais confié à une surveillance intelligente et dévouée; il ne doit pas être traîné dans une prison; sa place est marquée dans les asiles.

Le médecin ne doit répondre au juge qu'à la question du diagnostic. L'inculpé est malade ou sain d'esprit. Avec la doctrine des responsabilités par-

tielles, au contraire, le médecin perd de vue le côté médical vrai : il devient avocat de telle ou telle cause, et selon son plus ou moins d'éloquence, il entraîne avec lui les juges et leur fait partager ses convictions. Le médecin ne doit pas avoir à faire partager des convictions sur tel ou tel point de détail, il ne doit que répondre par un oui ou un non, qu'il doit motiver et expliquer, mais il ne doit pas chercher le degré d'altération du libre arbitre. De son affirmation nette et fortement exprimée doit sortir l'acquittement ou la peine. Aussi le professeur Griesinger de Berlin, avait-il posé en principe, dans les dernières années de sa vie, que, dans tous ses rapports de médecine légale, il répondrait seulement à la première question posée par les magistrats, à savoir si le prévenu était en état de maladie mentale au moment de l'action, mais qu'il s'abstiendrait toujours de répondre a la seconde, c'est-à-dire au degré de liberté ou de responsabilité morale que pourait avoir conservé un accusé atteint d'une forme quelconque d'aliénation mentale. D'ailleurs, n'est-ce pas jeter sur le médecin un discrédit, que de venir devant les tribunaux, soutenir des doctrines différentes ? Il ne s'agit pas, devant un tribunal, de faire de l'éloquence, ni de se prévaloir de son plus ou moins d'autorité scientifique pour combattre les conclusions d'un confrère. Il faut laisser ce rôle aux avocats; les médecins doivent avoir pour but de s'entr'aider, pour arriver à formuler un diagnostic certain. La position du médecin est considérable; il a dans les mains quelquefois la vie de certains individus. Eh bien, il doit les laisser à la jus-

tice, si réellement ils lui appartiennent. Son devoir est de les enlever à la prison et au bagne, si c'est à la maison de santé qu'ils doivent être conduits. Je ne veux pas dire cependant, appliquant ces réflexions à la paralysie générale, que tout individu, qui, à un moment donné de son existence, a été atteint de cette maladie, ne soit pas susceptible de devenir réellement responsable de ses actes. Telle n'est point ma pensée. Ce que je veux dire, c'est que pendant la période prodromique et pendant les rémissions de courte durée, qui impriment aux malades des traces indélébiles de l'affection qui va les frapper, ou qui les a déja frappés, il faut considérer qu'il existe réellement un état psychopathique suffisant pour entraîner l'irresponsabilité complète. Au contraire, si le médecin a devant lui un individu qui se trouve dans une période de rémission complète et vraie, cet inculpé, bien qu'il ne soit pas l'égal de lui-même, bien qu'il n'ait pas récupéré complètement ses facultés, doit être considéré, comme tant d'autres individus faibles d'intelligence, qui sont rendus, sans hésiter, responsables de leurs actes, tant au point de vue civil qu'au point de vue criminel. Dans ces cas, la justice doit agir, l'accusé lui appartient. Ce n'est plus un malade, c'est un coupable. Il n'a plus droit qu'aux circonstances atténuantes, laissées à l'appréciation des juges; il n'a rien à attendre de la protection du médecin qui doit s'effacer pour faire place aux magistrats chargés de l'application des lois.

OBSERVATIONS

Toutes les observations que je vais publier, à l'appui des idées soutenues dans ce travail, sont empruntées aux auteurs ; il n'en est aucune qui me soit personnelle.

Je sais qu'il y a là , de prime abord, motif à une objection fort grave, mais je vais au devant pour me justifier.

D'abord, mon travail porte, non pas sur un fait isolé, mais bien sur l'ensemble de la marche et des symptômes d'une maladie de très-longue durée.

Or, j'ai encore trop peu vécu au milieu des aliénés pour pouvoir recueillir des observations personnelles aussi complètes. Souvent j'ai eu l'occasion d'observer, tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre, une partie de faits que je signale dans ma thèse. C'est évidemment ce que j'ai vu et constaté moi même qui m'a servi à constituer l'ensemble de ce travail. C'est alors que j'ai fait des recherches dans les auteurs pour me servir de leurs observations, en faisant ressortir le côté spécial qui m'intéressait et qu'ils avaient négligé, tout en le signalant.

A côté de ce premier argument, j'ai encore à faire valoir que c'est dans une maison de santé particulière qu'il m'a été permis de me familiariser avec

l'observation des aliénés. Or, les malades d'une maison de santé particulière ne sont pas comparables à ceux des hospices et des hôpitaux.

Là, se dresse le secret professionnel qui m'empêche, de publier des observations de malades qui vivent encore, et que j'ai eu sous les yeux pendant que je faisais mes recherches. Les familles auraient, à juste titre, le droit de se plaindre d'une divulgation, si bien dissimulée qu'elle puisse être derrière des initiales ou des numéros d'ordre.

OBSERVATIONS DE LA PREMIÈRE VARIÉTÉ.

Les observations de paralytiques généraux liés à des causes spéciales, en dehors de toute prédisposition héréditaire, sont très-nombreuses. On en trouve partout dans tous les auteurs qui se sont occupés de cette intéressante question. Je n'ai donc aucune raison de publier un grand nombre de ces observations. Je me contenterai de mettre sous les yeux de mes juges les six faits suivants que je prends au hasard parmi toutes les observations qui m'ont servi pou faire ce travail.

Obs. I. — (Bayle, Maladies du cerveau, page 31.) Frédérick L.., homme d'affaires, âgé de 45 ans, d'un caractère doux et sensible, issu d'une famille saine, avait fait beaucoup d'excès vénériens, ce qui souvent en suppose bien d'autres. Vers le milieu d'août 1819, il tombe tout à coup dans un état de monomanie am-

bitieuse. Il a de l'agitation, est loquace et incohérent. Il se croit très-riche, dit qu'il peut faire 50 lieues par jour, veut faire bâtir des palais et des châteaux, etc. Il parle sans cesse, ne dort pas. Sa prononciation et sa démarche ne tardent point à s'embarrasser. En septembre même année, le malade entre à Charenton. A ce moment, l'agitation se dissipe, mais les facultés s'affaiblissent davantage. Pendant les derniers mois de cette année et le printemps de 1820, il reste dans un état de monomanie ambitieuse tranquille, avec un abaissement de plus en plus marqué de l'intelligence. La mémoire et le jugement étaient abolis ; les troubles physiques n'étaient pas très-accentués ; il pouvait aider les infirmiers. Le délire devient bientôt plus considérable; il prétend qu'il a des millions, puis des milliards, qu'il possède des palais, des châteaux, des voitures en or et en diamants.

Il était dans un état d'embonpoint énorme ; il avait un appétit vorace. En juin 1820, le délire ambitieux fait des progrès, et en même temps l'intelligence tombe encore à un plus bas degré. Les troubles physiques s'aggravent aussi, et il en arrive à ne pouvoir articuler une parole. Il meurt en juillet 1820.

Résumé. — Il a commis des excès ; il a débuté par le côté psychique. La maladie a toujours été en progressant; il est mort rapidement et a présenté des alternatives de calme et d'agitation.

Obs. II. — (Bayle, Maladies du cerveau, page 69.) M. Jean L....., négociant, 44 ans. Il a commis des excès de toute nature, mais surtout des excès vénériens. En 1819, il fait un héritage important, qui lui donne une joie extraordinaire, qui le rend bizarre. Au commencement de 1820, il donne de véritables signes d'aliénation mentale. Un mois après, le délire n'est plus équivoque ; il est dans un état de monomanie ambitieuse caractéristique. Il ne parle que par millions, il possède toutes les villes, l'univers entier lui appartient. Il passe par une période d'agitation et de loquacité. On le mène bientôt à Charenton; il est encore très-agité, il parle avec une grande exaltation de ses richesses et de ses grandeurs, il ne peut rester en place, il est même méchant. L'agitation diminue un peu, mais les facultés s'affaiblissent davantage, et la démarche ne tarde pas à devenir chancelante, en même temps que la parole s'embarrasse. A la fin de 1821 et au commencement de 1822, il passe de nouveau par une période d'agitation assez considérable. Il a bon appétit, mais, malgré cela, une diarrhée incoercible le fatigue et l'amaigrit, il parle toujours de ses richesses et de ses dignités, il en arrive aux millards, tout lui appartient, il a tout créé.

La parole s'embarrasse de plus en plus, il se soutient difficilement sur ses jambes qui ne veulent plus le porter, il tombe dans la plus profonde démence, l'agitation diminue, il meurt.

Résumé. — Il a commis des excès, il a débuté par le trouble psychique, on a vu croître son délire ambitieux, il a toujours été en progressant, il a eu des alternatives de calme et d'agitation, il est mort rapidement.

Obs. III.—(Bayle, Maladies du cerveau, page 268.) Hippolyte-Joseph D....., ancien militaire, 38 ans. Constitution forte, a subi beaucoup de fatigues et de privations. Il se livrait immodérément aux boissons, et menait une vie très-déréglée. En 1815, ses facultés intellectuelles s'affaiblissent, il s'opère en lui un changement de caractère très-notable. En 1818, il passe par un stade mélancolique, se croit poursuivi par les agents de police, et voit des gendarmes qui s'emparent de lui pour le fusiller ; il entend crier sa condamnation dans les rues. On le conduit à Charenton. L'intelligence est très-affaiblie, la mémoire est disparue, la démarche est chancelante, la langue est embarrassée. Bientôt arrive le délire caractéristique; il est roi d'Espagne, il demande des habits royaux, il veut habiter une maison en or, il prétend qu'il possède des mulets tout couverts de diamants. Il passe par une vive agitation, il s'estime très-heureux, se porte très-bien, a grand appétit. Cet état dure ainsi jusqu'en janvier 1819. A ce moment, les idées ambitieuses sont encore plus incohérentes et plus absurdes. L'agitation diminue, la paralysie fait des progrès, il s'affaisse d'un façon notable de jour en jour, il

meurt dans un état complet de démence au mois de mai.

Résumé. — Il a commis des excès, a subi des fatigues, le trouble psychique est le premier phénomène observé, il a eu un stade de mélancolie, le délire ambitieux s'est développé plus tard, il a été en croissant; la maladie a marché en progressant toujours, il a eu des alternatives de calme et d'agitation, il a vécu quatre ans.

Obs. IV. (Calmeil, De la paralysie chez les aliénés, page 21.) — M. B..., négociant, 47 ans, avait l'habitude de boire sans modération du vin, du café, des liqueurs alcooliques. Caractère irascible et violent, santé générale bonne; on sait qu'il appartient à une famille qui n'est entachée d'aucun vice héréditaire chez les ascendants. En 1821, il devient monomaniaque, il ne rêve que meurtre, conspiration, empoisonnement. En 1823, le délire des grandeurs, caractéristique de la maladie, fait explosion. Il prétend posséder des richesses immenses, il offre à tout le monde de l'or, des perles fines et des diamants. Il prétend qu'il est doué d'un génie extraordinaire. Il passe par une période d'agitation qui le rend chaque jour moins facile à diriger. On le mène à Charenton; le délire des grandeurs est persistant, les facultés s'affaiblissent de plus en plus. La parole s'embarrasse, il chancelle. La famille interrogée fait bien remarquer qu'il n'a jamais eu d'attaques d'apo-

plexie. Il arrive à une période de calme. Les fonctions respiratoires et digestives ne laissent rien à désirer, il mange de grand appétit. Cet homme, observé pendant un an, n'a rien présenté de spécial en dehors de ce qui est indiqué. La marche de la maladie a toujours été progressive, les symptômes ont toujours été en augmentant. Il était dans un état de démence profonde, quand on le perd de vue, en diagnostiquant qu'il ne peut plus vivre bien longtemps.

Résumé. — Il a commis des excès nombreux, il a débuté par le trouble de l'ordre psychique, le délire des grandeurs n'est survenu que secondairement, il a eu des périodes de calme et d'agitation, les symptômes ont toujours marché en s'aggravant.

Obs. V. (Calmeil, De la paralysie chez les aliénés, page 30.) — M. X..., commerçant, 43 ans, homme d'une belle constitution, avait été remarquable par sa belle intelligence. Il s'est fatigué et a blanchi de bonne heure dans la direction d'affaires très-importantes. Il a largement abusé des plaisirs vénériens et des boissons alcooliques. Il n'y avait point d'aliénés parmi ses ascendants. Quand il fut soumis à l'observation, sa famille fit remarquer que sa raison était égarée déjà depuis quelques mois. Il avait eu une période de mélancolie, avant l'explosion du délire caractéristique. Au moment où il entre à Charenton, il est sombre, parle peu, pleure souvent. On

ne tarde pas à constater que sa parole s'embarrasse, que ses jambes vacillent, qu'il est chancelant. Il arrive à une période d'agitation; le délire des grandeurs se manifeste clairement, il se croit pape, empereur; il distribue des pouvoirs et des places. L'agitation est considérable; il se couvre d'ordures, déchire ses habits : les phénomènes de paralysie vont en s'aggravant, il ne peut presque plus parler. L'appétit reste bon, il a de l'embonpoint. Le calme revient à peu près, et pendant huit mois ce malade va en progressant dans sa maladie, tant au point de vue du délire et de l'affaissement intellectuel, qu'au point de vue des troubles de la motilité. On le considérait comme devant mourir rapidement, quand on le perd de vue.

Résumé. — Fatigues intellectuelles, excès de toute nature, a débuté par le côté psychique, a passé par des alternatives de calme et d'agitation, a toujours été en déclinant physiquement et intellectuellement.

Obs. VI. — (Calmeil, Paralysie chez les aliénés, page 243.) — Mme T..., 36 ans, femme légère, se livrait facilement à la galanterie et aimait beaucoup ses plaisirs. Les recherches faites dans le but de connaître ses antécédents héréditaires ont fait constater qu'il n'y avait jamais eu d'aliénés dans sa famille. Elle a toujours été régulièrement menstruée. La raison s'est dérangée d'une manière subite

elle eut des tristesses, des idées noires, elle voulut mourir. Son intelligence ne tarde pas à s'obscurcir d'une façon considérable ; elle n'a pas de délire des grandeurs dans toute l'acception du mot, elle ne pense qu'à avoir des cachemires, des bijoux. La paralysie de la langue ne tarde pas à se faire sentir, les jambes se prennent elles aussi. La santé physique reste très-bonne. L'intelligence s'en va chaque jour, la déchéance est considérable et rapide. Elle ne parle plus, elle a quelquefois des éclats de rire qui ne sont pas motivés par des faits extérieurs. Les mots de belle robe, bijoux, dentelles, etc., reviennent fréquemment sur ses lèvres. Elle est souvent dans une période d'agitation. Elle a de l'insomnie. La paralysie fait des progrès sensibles, la prononciation devient de plus en plus embarrassée, les jambes plient au moindre mouvement. L'appétit est encore très-actif. Dans le courant de la quatrième année, tous les accidents vont en se précipitant simultanément ; il n'y a plus d'agitation, la malade meurt.

Résumé. — Femme de mœurs très-légères, abus du sens génital, a débuté par le côté psychique ; alternatives de calme et d'agitation ; la maladie a toujours été en progressant d'une façon sensible, a duré quatre ans.

OBSERVATIONS DE LA SECONDE VARIÉTÉ.

Observation Ire (Calmeil, Maladies du cerveau, t. II, p. 1.) — M. Michel; son père est mort d'une affection cérébrale; il est doué d'une bonne constitution, il a toujours mené une conduite régulière, se marie à 29 ans; il avait déjà eu, par intervalles réguliers, des accès d'éblouissement; ces atteintes d'éblouissement deviennent plus fréquentes; il arrive à des pertes de connaissance; on constate des phénomènes couvulsifs vrais, qui font penser à de l'épilepsie. Son intelligence baisse, il faut le traiter. Après six mois il retourne à ses affaires, et paraît guéri. Cette rémission n'est que de courte durée. Il est tout à fait incapable de s'occuper sérieusement, et bientôt il faut l'enfermer de nouveau. Mis à Charenton, il jouit encore d'une santé parfaite, n'a pas l'air trop déraisonnable; le délire n'est pas apparent; il semble avoir conscience de son état; la mémoire devient de plus en plus infidèle; ses facultés mentales sont altérées. La prononciation est très-embarrassée; la démarche mal assurée. Après deux mois de séquestration, il présente une espèce de rémission. A ce moment, le calme est parfait, il n'a pas du tout d'idées délirantes, mais la mémoire est toujours affaiblie; les sentiments affectifs sont encore conservés. Bientôt, M. Michel passe par des phases successives de calme et d'agitation; il prend des airs de satisfaction; le délire spécial fait explo-

sion : il se dit fort riche, n'a pas idée de l'importance des valeurs : il tombe de plus en plus dans la démence ; il est somnolent, puis s'agite de nouveau ; n'est plus capable d'associer deux idées ; il exprime des conceptions ambitieuses très-manifestes ; la santé physique semble encore bonne, mais bientôt tout s'aggrave et il meurt.

Résumé.—Hérédité signalée ; pas d'excès commis; début congestif par attaques épileptiformes ; délire d'abord peu marqué ; tendance rapide à la démence ; deux rémissions passagères. Durée approximative de la maladie : cinq ans.

Obs. II. (Calmeil, Maladies du cerveau, t. I, p. 471.) — M. Joseph, célibataire ; tante maternelle épileptique ; caractère inégal : sombre, chagrin. Il a un entêtement inflexible. Enfant, il a présenté des vertiges épileptiques ; puis, à 10 ans, il a de l'épilepsie confirmée. Les vertiges et les grands accès continuent les années suivantes; il présente parfois un délire fugace ; il ne tarde pas à tomber dans une démence progressive. Il a des emportements furieux, mais passagers. A 29 ans, à la suite d'une grande attaque convulsive, on constate de l'embarras dans la parole, la prononciation se fait difficilement. A 31 ans, les membres inférieurs sont atteints; la démarche est irrégulière et très-gênée. Il tombe dans une profonde démence; il ne semble pas avoir la force de délirer. Les fonctions de la vei-

organique, digestion, respiration, n'ont subi aucun dérangement. Bientôt il succombe au milieu d'une série d'attaques épileptiformes.

Résumé. — Hérédité, début par attaques épileptiformes, délire fugace, hébétude et démence; trouble physique marqué. Mort pendant une série d'attaques.

Obs. III. (Calmeil, Maladies du cerveau, t. I, p. 312.) — M. Marie, pâtissier. La mère est sujette à des accidents convulsifs, le père est doué d'une faiblesse intellectuelle évidente; un frère a déjà éprouvé une atteinte d'aliénation mentale. Ancien militaire, il a toujours mené une vie très-active; il s'occupait activement de son commerce; il était nuit et jour sur ses fourneaux, voulant, disait-il, faire fortune pour s'assurer des ressources pour sa vieillesse. Un jour, il est trouvé étendu par terre; cet accident n'a pas eu des suites immédiates. Il a dû abuser des plaisirs vénériens; il a eu la syphilis, il a été marié trois fois. A 36 ans 9 mois, on constate un commencement d'incertitude dans la démarche, mais il n'a pas encore de délire appréciable.

A 36 ans 10 mois : insomnie, disposition à la mobilité, suractivité considérable, aberration dans les idées. A 36 ans 11 mois, invasion d'un délire général très-violent; il parle beaucoup, est très-agité, très-pétulant nuit et jour. Se dit roi, empereur, plus riche que tous les rois.

Il faut le camisoler et l'attacher. Les yeux sont animés, les mouvements brusques ; il parle, il crie. Les paroles sont entrecoupées d'exclamations; il exprime des idées incohérentes, la parole est embarrassée, la démarche saccadée. Son agitation est extrême ; il commet des actes déraisonnables de toute nature; il marche avec précipitation, mais il trébuche sans cesse tant ses jambes sont affaiblies. A 37 ans et demi, il meurt brusquement.

Résumé. — Hérédité, mélange des causes de la première variété, attaques congestives, début paralytique, grande agitation, trouble physique très-marqué, délire ambitieux. Mort rapide.

Obs. IV. (Bayle, Maladies mentales, p. 356.) — Louis-Philippe T...., 36 ans, robuste, vif et emporté; le père est mort dans un état de démence, suite de maladies cérébrales. La mère a succombé à une attaque apoplectique. Il a commis des excès de boisson. En 1818, il subit une attaque congestive avec perte de connaissance; bientôt, il manifeste de la monomanie ambitieuse, avec paralysie générale incomplète. Il est dans une grande exaltation ; il est incohérent. La parole est embarrassée. A la fin de 1819, les symptômes s'amendent, l'agitation et le délire diminuent ; il revient à la raison. Mais il reste un affaiblissement intellectuel très-marqué, et l'embarras de la parole est toujours manifeste. En 1819,

les symptômes reparaissent en augmentant, lorsqu'on le perd de vue.

Résumé. — Hérédité et excès, début par attaque congestive, délire ambitieux, rémission passagère ; puis, aggravation des symptômes.

Obs. V. (Bayle, Maladies mentales, p. 371.) — Pierre Etienne, 37 ans, petit et replet, a eu des convulsions dans son enfance. Il était sujet aux céphalalgies et aux étourdissements. Plus tard, il subit une série de 11 attaques successives de congestion cérébrale, qui se terminent par des mouvements convulsifs ; il a de l'embarras de la parole à la suite de ces attaques. Quelques jours après la monomanie ambitieuse se déclare ; il passe par une période d'agitation pendant laquelle il se présente des périodes de calme, des sortes de rémissions de très-courte durée ; il est toujours dominé par des idées ambitieuses. Les symptômes de la paralysie générale incomplète sont manifestes. Bientôt, il arrive à s'améliorer en apparence. Le délire disparaît, mais les symptômes de paralysie persistent. On le perd de vue.

Résumé. — A débuté par une série d'attaques de congestion cérébrale, a présenté le délire ambitieux, a eu des rémissions passagères ; les symptômes paralytiques dominent et persistent.

Obs. VI. (Bayle, Maladies du cerveau, p. 300.) — M. Pierre, 32 ans ; mère morte d'apoplexie. En 1810, attaque de congestion cérébrale, la prononciation s'embarrasse ; il y a tremblement dans les membres. Les facultés subissent elles-mêmes une légère atteinte. Le malade se rétablit momentanément. Mais en 1818, on constate de l'agitation nerveuse ; la mémoire s'affaiblit, la raison va de nouveau disparaître. En 1819, nouvelle attaque congestive, suivie d'un délire de monomanie ambitieuse. Il semble y avoir des jours de rémission. En 1820, encore une attaque à la suite de laquelle on observe une augmentation considérable du délire et de l'agitation. Il devient incohérent, la parole s'embarrasse de plus en plus ; il devient hémiplégique. Cet état persiste jusqu'à la fin de cette même année ; puis en décembre, il succombe au milieu d'attaques convulsives.

Résumé. — Hérédité ; débute par attaques de congestion, rémissions passagères, suivies chaque fois d'attaques nouvelles, démence profonde, hémiplégie ; mort par attaques convulsives.

Obs. VII (Bayle, maladies du cerveau, p. 347).— Jean-Pierre B..., 60 ans, appartient à une famille dans laquelle on n'a jamais connu d'aliénés. En 1815 il éprouve une série d'attaques congestives qui sont de véritables attaques de paralysie. Le délire ambitieux se manifeste à leur suite. Cet état se con-

tinue jusqu'en 1819. A ce moment on le mène à Charenton. Il est loquace quoique sa prononciation soit très-difficile, sa démarche est chancelante. On constate bien quelques idées ambitieuses mais elles sont très-limitées. Chaque jour on remarque l'affaiblissement progressif aussi bien de ses facultés psychiques que de ses forces physiques. Il passe par une période d'agitation pendant laquelle il brise tout, il tombe dans une démence profonde; une nouvelle attaque survient et il meurt rapidement.

Résumé. — Début par attaque congestive, délire ambitieux limité, troubles physiques intenses, démence profonde; mort rapide.

Obs. VIII (Bayle, maladies du cerveau, p. 188). — Louis Stanislas, 40 ans, tempérament sanguin, caractère vif et emporté, est frappé subitement de congestion cérébrale suivie d'hémiplégie. Ses facultés intellectuelles subissent un trouble profond, il survient des attaques épileptiformes, qui s'accompagnent de délire ambitieux. La prononciation ne tarde pas à s'embarrasser, la démarche est très-difficile, la démence arrive rapidement, la paralysie fait des progrès, de nouvelles attaques surviennent et il meurt.

Résumé. — Attaque congestive au début, hémiplégie, délire spécial, attaques épileptiques pendant le cours et à la fin de la maladie.

Obs. IX. (Bayle, maladies du cerveau, p. 235).— Jacques L..., caractère fougueux, issu d'une famille qui ne compte pas d'aliénés dans ses ascendants, on ne signale pas d'excès dans son existence. Pendant quelques jours il est mélancolique, puis il éprouve une attaque de congestion cérébrale. On note une paralysie incomplète et générale très-marquée, la manie ambitieuse ne tarde pas à se manifester. Au bout d'un mois et demi environ, il revient à la raison, mais ses facultés restent très-affaiblies. Trois mois après il éprouve deux nouvelles attaques congestives, on constate de nouveau le délire ambitieux, la paralysie augmente d'une façon considérable, la progression devient même impossible, les paroles sont confuses, il meurt dans un état de démence complète.

Résumé. — Attaque congestive au début, délire spécial, rémission, nouvelles attaques, démence ; mort.

Obs. X (Bayle, maladies du cerveau, p. 75.) — M. V..., ancien colonel, tempérament sanguin, des événements qui contrarient ses projets le rendent triste, il n'a jamais commis d'excès. Il est frappé en 1818 d'une congestion cérébrale subite. Il survient de la monomanie ambitieuse avec de l'agitation continuelle sans grande violence On constate qu'il existe de la gêne dans ses mouvements. Il passe par un stade de manie violente. Il a une rémission de

courte durée pendant laquelle on remarque la persistance d'une paralysie incomplète très-manifeste. Il subit une nouvelle attaque de congestion, il tombe dans la démence, il conserve cependant ses idées ambitieuses. La paralysie fait de rapides progrès, il meurt.

Résumé. — Au début attaque subite, rémission, nouvelle attaque, démence; mort.

Obs. XI (Bayle, maladies du cerveau, p. 99). — Antoine L..., 62 ans, tempérament sanguin, n'a jamais commis d'excès. A partir de 1816, il éprouve plusieurs attaques d'apoplexie. En 1818, on le conduit à la maison royale de Charenton dans un état de démence complète. Il ne parlait pas, il n'exprimait aucune idée, avait toute l'attitude d'un dément paralytique. La prononciation devient de plus en plus difficile, la démarche à peu près impossible. En 1819, il succombe à la suite d'une série d'attaques apoplectiques.

Résumé. — Attaques d'apoplexie au début, démence caractéristique, attaques au moment de la mort.

Obs. XII (Bayle, maladies du cerveau, p. 175). — M. Charles-François, 39 ans, tempérament sanguin, on ne connaît pas d'aliénés dans sa famille, il n'a jamais commis d'excès. Il éprouve tout à coup à de courts intervalles, trois attaques de congestion céré-

brale. La dernière est suivie de délire avec agitation. On constate un embarras très-prononcé dans les mouvements, il existe des idées ambitieuses. Plus tard et pendant plusieurs mois, il subit des attaques convulsives violentes, la paralysie augmente, elle devient générale et très-considérable, il meurt.

Résumé. — Pas d'excès, attaques au début, délire spécial, attaques à la fin.

Obs. XIII (Bayle, maladies du cerveau, p. 15).— Pierre Rebours, issu d'une famille saine au point de vue mental, a peut-être fait quelques excès de boisson, vers la fin de 1819, il eut une attaque d'apoplexie. Sa langue était embarrassée, ses jambes faibles et vacillantes, il est pris d'un délire complet, il se croit roi, veut faire bâtir des palais. En janvier 1820, il entre à Charenton, après deux mois, le délire diminue, la paralysie persiste, les idées ambitieuses se dissipent, le malade semble s'améliorer. Cette rémission est de courte durée, il retombe rapidement. La paralysie augmente d'une manière notable. En novembre 1821, le délire ambitieux devient plus étendu. Il tombe dans la démence. En juillet 1822, attaques épileptiformes. Elles se renouvellent et il meurt.

Résumé. — Début par congestion cérébrale, rémission de courte durée, démence, attaques convulsives, mort.

Obs. XIV (Bayle, maladies du cerveau, p. 22). — Jean-Marie J..., 40 ans, constitution robuste, tempérament sanguin, quelques excès de boisson, pas d'aliénés dans sa famille. A eu une attaque apoplectique. Plus tard, octobre 1819, état de manie avec agitation continuelle, incohérence, manies ambitieuses. Il entre à Charenton. Quelques mois après, janvier 1820, il rentre dans sa famille, semble guéri. Il était resté un embarras dans les mouvements de la langue. Bientôt, il éprouve de nouvelles attaques convulsives, la langue se paralyse complètement. A la fin de 1820, le délire éclate de nouveau, il rentre à Charenton. Puis, le délire disparaît, mais la paralysie persiste, il éprouve de nouvelles attaques de congestion cérébrale, devient hémiplégique, tombe dans la démence, et meurt en septembre 1821 pendant une série d'attaques épileptiformes.

Résumé. — Prédisposition évidente, au début attaque apoplectique, courte rémission, rechûte ; mort pendant attaques épileptiformes.

Obs. XV (Calmeil, de la paralysie chez les aliénés, p. 23). — Louis-Joseph, 37 ans, ancien militaire, pas d'aliénés dans sa famille, pas d'excès; en octobre 1824, à la suite d'une violente colère, il éprouve une attaque convulsive qui passe inaperçue, à la suite la prononciation devient difficile, la langue est gênée dans ses mouvements la démarche n'est pas assurée, on le conduit à Charenton. Il prétend être un grand

personnage, il a des richesses considérables, il dit ne savoir qu'en faire, la mémoire est abolie, le désordre des actes est considérable. Il tombe dans la démence la plus complète, et au moment où il semblait arriver à la fin de sa triste existence, il se relève tout à coup. Il comprend ce qu'on lui dit et veut reprendre ses occupations. Mais cette guérison n'est pas complète, elle n'est qu'apparente. La langue est très-embarrassée, les idées sont très-bornées, on le perd de vue.

Résumé. — Début congestif, symptômes paralytiques, démence profonde, délire, rémission incomplète.

Obs. XVI (Calmeil, maladies du cerveau, t. II, p. 92). — M. Louis, 46 ans, habitait l'île Saint-Thomas; gros, court, sanguin, embonpoint considérable, quelques excès de tabac. En 1821, il est trouvé étendu à terre dans un état comateux, cette première attaque ne laisse pas de trace dans son intelligence. Quelques semaines après survient toute une série d'attaques. En 1822, accès convulsif très-notable suivi d'un trouble intellectuel considérable. On le ramène en France, on le conduit à Charenton. Le délire des grandeurs existe à un haut degré, des attaques successives se renouvellent, cet état se continue pendant de longues années, il tombe dans un état de complète démence, il disparait au milieu d'une série d'attaques convulsives.

Résumé. — Etat congestif presque permanent depuis le début jusqu'à la fin.

Obs. XVII (Calmeil, Maladies du cerveau, t. I, p. 562), — M. Rémy, caractère doux et égal, n'a jamais fait d'excès dans sa vie, on ne lui connaît pas de parents aliénés. A 52 ans, attaque d'apoplexie, cet accident ne semble pas de prime abord, avoir profondément perturbé son intelligence. Cependant on constate qu'il est affaibli et qu'il y a de l'embarras dans sa prononciation. A 53 ans, le tout s'aggrave, les idées ambitieuses l'envahissent. Survient une seconde attaque, puis un trouble encore plus profond tant dans les fonctions intellectuelles que dans les fonctions de la motilité. Le délire des grandeurs se caractérise de plus en plus, l'intelligence se débilite graduellement. Il passe par une période d'exaltation maniaque. Arrive un troisième ictus apoplectique. A la suite de cette troisième attaque, tous les symptômes progressent rapidement et il meurt.

Résumé. — Pas d'excès, pas d'aliénés ascendants, attaques apoplectiques au début, pendant et à la fin, mort rapide.

Obs. XVIII (Calmeil, Maladies du cerveau, t. I, p. 466). — M. Régis, père, mort d'une affection cérébrale, n'a jamais abusé des liqueurs fermentées, avait des habitudes d'onanisme. Vers 23 ans, sa femme note chez lui des pertes de connaissance

avec quelques convulsions, on le déclare atteint d'épilepsie. De 24 à 29 ans, maux de tête habituels, accès peu nombreux mais violents. A 29 ans, chagrins domestiques, perte d'argent, disposition à la tristesse. A 29 ans et demi, excitation intellectuelle délire momentané, hallucination de l'ouïe, désordre des actes et de la volonté. Bientôt, l'oblitération de l'intelligence est absolue, la mémoire disparaît, les facultés affectives n'existent plus. La démarche est chancelante, la prononciation difficile. On le mène à Charenton, tous les symptômes vont en s'aggravant, la démence est complète, au bout de six mois il meurt d'une façon rapide. Dans ses derniers mois, ces attaques avaient perdu le caractère vrai de l'épilepsie.

Résumé. — Hérédité, pas d'excès, pris d'abord pour un épileptique, plus tard, état général des paralytiques.

Obs. XIX (Calmeil, Maladies du cerveau, t. I, p. 451). M. Ludovic a toujours été d'une santé parfaite, tout à coup il est frappé d'une attaque épileptiforme, des accidents apoplectiques et convulsifs font naître des symptômes physiques qui cèdent de bonne heure. Le délire persiste un peu plus longtemps. Bientôt le tout s'amende, il paraît être guéri on le rend à sa famille. Cette rémission est de courte durée, il se produit une nouvelle attaque à la suite de laquelle la raison disparaît rapidement. Il se

croit à la tête d'une grande fortune, le délire augmente et devient de plus en plus complet. On le reconduit à Charenton, il est loquace, incohérent, il gesticule beaucoup, la démarche est difficile. De nouveau les symptômes psychiques disparaissent sans que les symptômes physiques diminuent. Toutefois il a considérablement baissé. On le rend de nouveau à sa famille. Pendant six mois il est capable de se maintenir chez lui. Puis, il devient triste, on le ramène à Charenton. Il passe par une période de grande agitation. Il éprouve une nouvelle attaque à la suite de laquelle il succombe en l'espace de dix jours.

Résumé. — Pas d'excès, début par attaque apoplectique, deux rémissions de courte durée, état congestif presque permanent, mort rapide.

Obs. XX. (Calmeil, Maladies du cerveau, tome I, p. 135.)— M. Clark aimait le luxe et les plaisirs de la table, mais cependant n'a jamais fait d'excès. A l'âge de 49 ans, on constate un abaissement de la commissure labiale droite, la parole est un peu embarrassée. Cette première attaque n'a été constatée que par les phénomènes qu'elle a produits ; mais deux mois après, une violente d'apoplexie se manifeste. A la suite, on constate la perte de connaissance, l'affaiblissement de l'intelligence, l'abolition des mouvements et de la sensibilité. Cet ensemble de symptômes disparaît assez rapidement, mais ce n'est

qu'une rémission de quelques mois. Bientôt la débilitation intellectuelle reparaît plus évidente ; la mémoire disparaît, l'incohérence arrive. A 50 ans, délire mélancolique des plus absurdes. On le conduit à Charenton, tous les phénomènes vont en s'aggravant, la démence est très-profonde. Une pneumonie survient qui précipite le dénouement de la fatale maladie.

Résumé. — Pas d'excès, attaques apoplectiques au début; rémission légère, rechute, stade mélancolique, démence, mort.

A la série d'observations que je viens de citer, je veux en joindre quelques-unes de spéciales pour répondre à ce que j'ai dit, relativement à l'énumération des causes qui peuvent remplacer en quelque sorte l'hérédité des tendances congestives.

Obs. XXI (Calmeil, tome II, p. 83.) — M. Alain, charpentier, 52 ans, bonne constitution, pas d'excès. Dans sa jeunesse, il a reçu un coup violent sur le pariétal gauche ; l'os a été fracturé, et il y a eu perte de substance. La guérison s'opéra cependant facilement, mais le cerveau n'était pas suffisamment protégé, vu que la régénération du tissu osseux ne s'était faite qu'incomplètement, L'intelligence se développa malgré cela comme à l'ordinaire, toutes les fonctions encéphaliques s'exécutèrent régulièrement. Il arrive a être soldat, là une frayeur subite détermine chez lui un premier accès convulsif.

Pendant quelques années des accès se succèdent sans rien faire naître qui puisse attirer l'attention. Subitement, des symptômes alarmants se déclarent. Alain parle tout seul, il a un délire très-complexe, en même temps qu'il demande un pantalon de bois, il veut acheter des domaines d'un grand prix et bâtir des maisons magnifiques. Son intelligence va chaque jour en baissant, les symptômes de paralysie incomplète s'aggravent, on le place à Charenton, il ne tarde pas à tomber dans une démence profonde, et il meurt.

M. Lasègue, dans sa thèse d'agrégation, 1853, page 28, cite le fait d'un habitant de Montmartre qu'il a connu paralytique général, et dans les antécédents duquel il a retrouvé le fait d'une chute grave sur la tête longtemps avant l'explosion de la paralysie générale confirmée.

Obs. XXII (Bayle, maladies mentales, page 48.) — Joseph H..., 49 ans, en 1817, il voit s'arrêter un flux hémorrhoïdal assez abondant ; à la suite de cet accident il éprouve des migraines, des étourdissements, des vertiges. En juin 1819, il se manifeste une congestion cérébrale avec symptômes de paralysie incomplète et générale, qui ne tardent pas à être suivis de monomanie ambitieuse avec accès d'agitation. Mis à Charenton, on constate un délire de satisfaction béate, il est incohérent, il devient dément, continue à avoir ses idées de grandeurs et de richesses. En 1820, l'affaissement général a fait des progrès considérables ; il meurt.

Obs. XXIII (Bayle, maladies mentales, p. 353.) — Sophie C..., ouvrière, 34 ans, famille saine. Tout à coup la menstruation disparaît, cet état dure un an, on ne constate pas d'hémorrhagie compensatrice. Subitement, en avril 1818, elle est frappée de deux attaques apoplectiques suivies de paralysie et de perte de mémoire. Ces symptômes s'amendent, mais en juillet elle est prise tout à coup, sans nouvelle cause appréciable, d'un délire caractéristique, d'idées de grandeurs et de richesses. Ce délire coexistait avec le retour de symptômes paralytiques, difficultés dans la parole, hésitation dans la marche. Elle entre à Charenton, quelque temps après elle semble guérie mais avec persistance de paralysie incomplète. Cette rémission ne dure que quelques jours, deux nouvelles congestions la font repasser par les mêmes phénomènes de délire et de paralysie. Elle s'améliore de nouveau psychiquement, elle sort de Charenton et on la perd de vue. Les symptômes paralytiques avaient conservé toute leur intensité.

Obs. XXIV (Bayle, page 332.) — Charles L..., 35 ans, tempérament sanguin, nerveux, ne compte pas d'aliénés dans sa famille. En août 1819, il est atteint d'une insolation bien constatée, à la suite de laquelle il se plaint de maux de tête et semble paralysé de la parole. La parole ne tarde pas à revenir, mais elle reste embarrassée, en même temps que la démarche est lente et mal assurée. A quelque

temps de là, les facultés intellectuelles se troublent assez profondément, le délire survient, le malade est dominé par des idées de grandeurs et de richesses. Il passe souvent par des périodes d'agitation. Arrivé à un état de manie violente, on se décide à le mettre à Charenton. Pendant cinq mois il passe par des alternatives de fureur et de calme. Il arrive à avoir des moments de tranquillité et de lucidité assez longs, puis petit à petit la raison semble devoir se rétablir, bien que l'affaissement intellectuel soit encore considérable. En 1820, il sort de Charenton, mais, presque en même temps, il éprouve la suspension brusque d'un flux hémorrhoïdal. Comme conséquence probable de ce fait, il est atteint d'une nouvelle attaque de congestion, suivie des mêmes symptômes que la première, il est ramené à Charenton. A ce moment, on constate la démence la plus complète, il n'a plus la force de délirer. Des attaques épileptiformes se succèdent rapidement, et arrivé dans un état d'hébétude complète, bien qu'il passe par une petite période d'amélioration, il succombe bientôt dans un état d'affaissement considérable.

OBSERVATIONS DE LA TROISIEME VARIÉTÉ

Obs. I (Annales médico-psychologiques, année 1847, page 332.) — Madame X.... a eu un frère aliéné. A 44 ans, elle entre à la Salpêtrière, elle présente tous les symptômes de la manie avec agi-

tation. Elle ne parle que de ses maisons, de ses beaux meubles, et prétend posséder des millions. Il y a peut-être embarras de la parole, mais ce fait est appréciable. Le délire diminue, puis après un an de séquestration, le mieux est très-tranché, le délire a cessé. Comme elle semble être revenue à son état normal, on la laisse sortir de la Salpêtrière, et on la perd de vue.

Résumé. — Hérédité, début psychique, troubles physiques presque nuls, rémission.

Obs. II (Annales médico-psychologiques, 1851.) — Un officier condamné à la peine de mort pour fuite devant l'ennemi est transféré après examen dans un asile d'aliénés. Le rapport médico-légal fait à son sujet par Aubanel relève les faits suivants :

Le nommé B..., engagé volontaire, 35 ans, quinze ans de service. Il a des antécédents héréditaires très-remarquables. L'aïeul paternel était aliéné, le père a été aliéné, un oncle était imbécile, la sœur du malade était elle-même devenue folle. Ce malade a toujours présenté beaucoup de bizarrerie dans son caractère, sa manière de vivre. Ce n'était pas un méchant homme, mais il oubliait facilement de remplir ses devoirs. Il a abusé du sens génital. Il se marie en 1847, mais il continue à être irrégulier et bizarre. Il a des insomnies terribles.

Un jour en Afrique, lui, qui s'était toujours bien

conduit devant l'ennemi, déserte. Il revient à Marseille sans chercher à se cacher, il se promène sur la Canebière, va faire des visites ; on l'arrête, mais il n'attache aucune importance à son affaire. Traduit devant le conseil de guerre, il est condamné à mort, 1849. Cette condamnation ne l'effraie pas ; il écrit lui-même à sa femme pour lui en faire part, en disant qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte, que ce n'est que pour la forme. Mais bientôt il commence à avoir un véritable délire. Il croit entre autres choses qu'il est devenu un excellent chanteur. Le médecin de la prison constate l'aliénation et il est envoyé dans un asile. En y arrivant, il reconnaît l'asile et le médecin avec lequel il avait eu des relations, il raconte qu'il arrive de Rome, qu'il vient pour se reposer ; il prétend qu'il est général en chef, qu'il a toutes les décorations, etc. ; la paralysie générale est confirmée par l'apparition de quelques symptômes paralytiques. L'agitation diminue un peu, son intelligence baisse, il reconnaît cependant les personnes qui viennent le voir, mais il n'a pas conscience de son état. Il meurt, en 1850, dans la démence.

Résumé. — Hérédité multiple, période prodromique remarquablement longue, début psychique, démence.

Obs. III. (Annales médico-pychologiques, 1850, observation empruntée à M. Billod.) — Le nommé

Léopold avait été condamné, pour délit de vol et d'escroquerie, à un an de prison. Sur un certificat du médecin de la prison, cet individu est déclaré aliéné, et transféré à l'asile de Blois. Là un examen attentif fait voir qu'il existe un état mental, d'après lequel on peut conclure que cet homme ne jouissait plus de son libre arbitre, lorsqu'il a commis les délits qui l'ont fait mettre en prison. Cet homme, marchand de nouveautés, n'avait point réussi dans ses affaires ; il en a entrepris de toute sorte sans persévérance, et sans avoir de motifs. Plusieurs fois il lui est arrivé de déserter le toit conjugal, il est passé par des moments d'excitation terrible. pendant lesquels il s'amusait à briser tout chez lui, sans l'apparence d'une raison. C'est à ce moment qu'il commet les vols caractéristiques de sa maladie. Entre autres faits, il prend dans un hôtel des couverts d'argent, portant le nom du maître de l'hôtel, et va les vendre tout simplement chez un bijoutier voisin. Quand il est arrivé à l'asile de Blois, on a constaté de la manie aiguë très caractérisée, l'agitation était extrême, le délire très-vaste, mais les idées de grandeur prédominaient. Il est général en chef, président de la République, veut régénérer la société. Bientôt on note de l'embarras dans la parole, et la démarche devient vacillante. A un moment donné, les idées fausses commencent à disparaître, il écrit à sa femme des lettres très-sensées, petit à petit la motilité s'affermit, l'intelligence revient ; il comprend sa situation, et s'en fait une idée

exacte, il se rend un compte exact de ce que serait sa position dans le monde s'il retournait dans sa famille. Il accepte alors de rester à l'asile comme infirmier et y fait son service d'une manière irréprochable.

Résumé. — Période prodromique avec vols caractéristiques, début psychique, rémission sérieuse.

Obs. IV. (Annales médico-psychologiques, observation présentée par Bayle.) — M. L..., 44 ans, a un frère qui est idiot ; en 1815 il est pris d'un accès de manie ; en 1818, il devient mélancolique. Bientôt on ne tarde pas à voir apparaître le délire des grandeurs. Puis arrivent les symptômes physiques : prononciation difficile, démarche embarrassée, tremblement de la langue.

Cet état persiste pendant sept mois, puis tous les symptômes s'amendent. Le malade a toutes les apparences d'une guérison vraie; il ne reste plus trace d'aucun symptôme : on le perd de vue.

Résumé. — Hérédité collatérale, début psychique, symptômes psychiques peu graves, rémission considérable.

Obs. V. (Annales médico-psychologiques, 1858 ; observation communiquée par Foville et extraite d'un travail du docteur Earle, sur la paralysie générale.) — M. X... a fait de bonnes études, a brillé rapidement dans la jurisprudence. Sans être intemperant, il aimait peut-être un peu trop la bonne

chère. Un oncle du côté paternel était aliéné, une tante du côté maternel était atteinte de mélancolie. Il a été frappé de manie avec délire des grandeurs, accompagnée de symptômes graves de paralysie générale. Il s'est guéri; la maladie avait duré un an. Au moment où l'on fait son observation, il y a dix ans que dure sa rémission.

Résumé. — Double hérédité, début psychique, rémission considérable.

Obs. VI. (Annales médico-psychologiques, fait tiré d'Esquirol.) — M. de T..., ancien militaire, 49 ans, issu d'un père et d'un oncle aliénés; caractère doux et irrésolu, esprit borné : il a commencé par présenter un stade de tristesse; il s'amusait souvent à sortir de chez lui sans aucun motif, à toute heure de jour ou de nuit. Il commet d'assez nombreuses sottises, et enfin il est pris de manie aiguë bien caractérisée. Il ne tarde pas à être envahi par le délire ambitieux, sa mémoire s'affaiblit, sa démarche est très embarrassée, sa parole est hésitante. Tous ces symptômes disparaissent; il se guérit. La maladie a duré un an, et depuis 5 ans il était dans cette période de rémission, lorsqu'il est mort subitement.

Résumé. — Hérédité multiple, période prodromique, début psychique, rémission, mort subite.

Obs. VII. (Annales médico-psychologiques, observation qui a été recueillie par Ferrus.) — Un ex-professeur de belles-lettres, après une période prodromique très-longue, est pris d'un accès de délire ambitieux. Pendant trois mois, ce malade présente des alternatives d'apaisement et d'accès, accompagnés de symptômes caractéristiques de paralysie générale. Placé dans un asile, ce malade passe par les phases diverses de la maladie et se détériore rapidement. Il était dans un état grave et on considérait sa fin comme prochaine quand subitement, ou du moins dans un temps très-court, sa constitution se raffermit, les symptômes s'amendent. Après un an de maladie environ, la guérison est complète. Ce malade est mort 25 ans après, sans avoir eu de rechute. Il ne lui était resté qu'un peu de gêne dans la parole.

Résumé. — Période prodromique, début psychique, rémission considérable.

Obs. VIII. (Annales médico-psychologiques, 1850.) Carrère, dans le service de Voisin à Bicêtre, a présenté au plus haut degré le type du monomaniaque heureux : il est dans son délire à la fois possesseur d'une très-grande fortune, et se croit un homme de génie. La lésion des mouvements est très-avancée, la mémoire très-affaiblie. Il n'a jamais eu de congestions ni d'attaques. La raison revient; il s'évade et reste deux ans dehors. Au bout de ces

deux ans, il retombe, est ramené à Bicêtre, où il ne tarde pas à mourir. Pendant la rémission, la motilité était restée atteinte.

Résumé. — Absence de congestion et d'attaques; côté psychique disparaît seul; rémission de deux ans, mort rapide.

Obs. IX. (Annales médico psychologiques, 1852, tome IV, p. 569.) — M. Brierre de Boismont fait, à l'occasion d'un rapport médico-légal, une observation très-remarquable de paralytique général que j'ai tout lieu de considérer comme lié à l'hérédité vésanique.

M. C..., homme intelligent, tête à projets, habile en affaires, commence en 1848 à commettre des extravagances, la police l'arrête, on le conduit dans une maison de santé. Il présente du délire des grandeurs d'une façon manifeste, il a de l'excitation, la parole est un peu embarrassée. Après cette période d'excitation, il tombe dans une période de tristesse. Il arrive à prendre les apparences de la guérison, le bégaiement disparaît, et du délire, il ne reste plus rien.

Après quelques mois de temporisation, on le laisse sortir, il était en effet dans une période de rémission très-tranchée. Cette période dura encore plusieurs mois, puis, sans devenir de nouveau délirant, il fut cependant pris d'un stade de tristesse, mais rien ne dénotait la paralysie générale, les symptô-

mes avaient disparu, tant ceux de la motilité que ceux de l'intelligence. M. C... secoue un peu cette période de mélancolie, il veut de nouveau s'occuper de ses affaires, mais il commence à exprimer des idées de satisfaction qui le font surveiller de plus près et à juste titre, car à quelque temps de là, il retombe, il se croit Dieu, etc. Sa parole s'embarrasse énormément, la motilité s'affaiblit ; on le perd de vue.

Résumé. — Période prodromique longue, rémission sérieuse, état circulaire.

Obs. X. (Bayle, Maladies mentales, page 9.) — Philippe P..., 49 ans, tempérament sanguin, caractère doux, bon et sensible mais très-intéressé, né d'un père aliéné ; faisait de bonnes affaires, avait une joie extraordinaire de voir augmenter sa fortune, fut pris d'un délire monomaniaque avec grande exaltation; en septembre 1818, il veut faire le tour du monde, veut vendre des femmes au grand Turc, et gagner un million sur chaque femme. Etait dans un contentement continuel, il reste ainsi jusqu'à moitié d'octobre, devient un peu plus calme. A ce moment, on le conduit à Charenton. En novembre, la monomanie ambitieuse augmente, il veut faire des entreprises, la mémoire est affaiblie, il parle lentement, certains mots ne peuvent sortir. En décembre, le délire disparaît, il ne se croit plus riche et heureux comme il le disait, l'embarras

de la parole disparaît aussi; le 11 janvier 1819, il rentre dans sa famille très-bien guéri en apparence.

Mais il ne tarde pas à devenir hypochondriaque, il passe par un stade mélancolique, et arrive de nouveau en juillet à l'exaltation. En décembre, il rentre à Charenton en état de paralysie générale confirmé.

Il meurt par strangulation.

Résumé. — Hérédité, pas d'excès, période prodromique, débute par le délire, a une rémission notable, circulaire, mort par accident.

Obs. XI. (Bayle, Maladies mentales, p. 156.) — M. Edme, Charles, 45 ans; vers 1817, il est en proie à des chagrins très-vifs sur le sort de sa famille qu'il craignait de ne pouvoir entretenir. Bientôt son caractère se transforme de plus en plus, il fait des absences, devient peu soucieux de ses affaires, lorsqu'il est pris d'un délire ambitieux avec idées de richesses et de grandeurs. Puis survient de l'embarras dans la parole et dans la marche. On le conduit à Charenton. Les idées ambitieuses le dominent toujours, et pendant trois mois tous les symptômes vont en s'aggravant. Vers le mois de novembre, il éprouve une amélioration notable avec diminution de l'agitation et de la paralysie incomplète ; ses facultés mentales s'améliorent sensiblement, et en décembre, quoique un peu affaibli, on peut dire qu'il y a un vrai retour de la raison.

Cette rémission se maintient complète pendant cinq mois. A ce moment, une rechute survient, il faut l'enfermer de nouveau à Charenton.

Pendant quatre mois, il présente de nombreuses alternatives de calme relatif et d'agitation considérable. Bientot cet état d'excitation diminue rapidement, et il meurt.

Résumé. — Période prodromique, pas d'étiologie spéciale, début psychique, rémission notable, rechute, mort rapide.

Obs. XII. (Bayle, Maladies mentales, page 146.) — M. J... B..., garde du génie, 43 ans, tempérament vif, caractère doux et bon, mais facilement emporté. Il a toujours mené une conduite très-régulière. Depuis longtemps, il avait des idées tristes et se bâtissait des chagrins domestiques. En 1818, il est pris d'un délire ambitieux, il se croit empereur, prétend posséder des mines d'or. On le place dans une maison. Après trois mois de séjour, tout a disparu.

Le malade retourne dans son pays, se livre de nouveau aux travaux de sa profession. Bientôt il retombe dans un état de manie ambitieuse, il est très-agité, il est Dieu. On le conduit à Charenton, pendant cinq ou six mois, cet état d'acuité se maintient. Après ce laps de temps, l'agitation se calme un peu, la paralysie incomplète s'accentue, il tombe dans une démence profonde et il meurt rapidement en juillet 1820.

Résumé. — Période prodromique, pas de causes spéciales individuelles, début psychique, rémission complète, rechute, mort rapide.

Obs. XIII. (Bayle, Maladies mentales, p. 59.) — M. Vilhem, officier, 36 ans, caractère vif, bon et enjoué, a fait des campagnes; en 1821, il se mêle sans motif à une querelle entre militaires, et s'excite beaucoup à ce sujet. Sa tête s'exalte de plus en plus, il parle sans cesse, veut se marier, conçoit des entreprises irréalisables. Un jour, à l'Opéra, il interpelle un acteur, lui dit qu'il chante mal et qu'il lui donnera des leçons.

En septembre on le place dans une maison de santé; là, on constate des idées de grandeur, des accès de fureur; il brise tout, est sale, sa parole s'embarrasse, il reste dans cet état jusqu'au commencement de 1822. A ce moment l'agitation diminue, mais la prononciation reste difficile et la démarche chancelante. En juillet il se relève un peu, puis retombe rapidement. En septembre, on constate une amélioration notable du côté de la motilité d'abord, puis en octobre le retour de la raison est complet, et sauf une légère faiblesse intellectuelle, il ne reste plus trace de l'état pathologique antérieur. Cet état dure jusqu'en mars 1823. A cette époque, il retombe, passe par des phases très-variables d'excitation et de délire, la paralysie fait des progrès, et il meurt rapidement.

Résumé. — Période prodromique, débute par le délire, présente d'abord de fausses rémissions, puis une rémission notable, rechute, mort rapide.

Obs. XIV. (Calmeil, Maladies du cerveau, t. I, p. 302.) — M. Sébastien, marié, ancien pharmacien; sa tante paternelle est morte aliénée. Dans sa jeunesse il s'est montré paresseux, distrait, incapable de la moindre application. Tout à coup il se met à travailler et se fait recevoir avec succès à ses examens. Il monte une riche officine, n'épargne rien pour attirer l'attention du public. Mais il ne résussit pas dans son entreprise, et comme il n'avait reculé devant aucunes dépenses, il est forcé de céder son établissement. Il se lie avec des jeunes gens désœuvrés, mène joyeuse vie, ne fréquente plus sa famille, se marie avec sa maîtresse.

Il présente déjà certains jours une exaltation considérable qui touche à la folie. A 39 ans cette exaltation intellectuelle est devenue habituelle; il se fait remarquer dans les rues par ses mauvaises allures, il devient cynique, ses amis sont obligés de l'éviter. A 39 ans 8 mois il a des conceptions déraisonnables, il éprouve des colères qui vont à la violence. A ce moment, sa parole s'embarrasse. A 39 ans 10 mois ses yeux sont animés plus que de coutume, il a des hallucinations de la vue et de l'ouïe, il ne peut plus articuler un certain nombre de mots, il perd le sommeil; il éprouve des évanouissements. A 39 ans

11 mois, le délire maniaque caractéristique fait explosion, on le place à Charenton. Il est sans cesse en mouvement, ne reste pas couché, parle avec une grande volubilité, il se fâche et devient menaçant.

Les jours suivants l'agitation augmente, il fait des griffonnages, cherche à briser, déchire ses vêtements, urine sur le parquet, mange salement. Ses bras et ses jambes ne paraissent nullement affaiblis; la prononciation est toujours très-difficile. Après trois semaines de séquestration la violence du délire augmente, il succombe subitement pendant une nuit.

Résumé. — Hérédité, période prodromique type, début psychique, fait des excès, meurt subitement.

Obs. XV. (Calmeil, Maladies du cerveau, tome I, page 319.) — M. Victor, ancien négociant, a eu un frère aliéné. Il a des habitudes de vie très-active; il a fait preuve d'intelligence et de hardiesse dans les affaires. Caractère ferme, impérieux, emporté, il acquiert de la fortune, se retire à la campagne, aime à embellir d'une façon exagérée ses propriétés. Vers l'âge de 63 ans, il éprouve un changement notable dans son caractère, il devient chagrin, mélancolique ; il transforme aussi ses habitudes, il tombe dans le dégoût et le désœuvrement. A 64 ans, la parole s'embarrasse, on note de l'incertitude dans les mouvements. A 65 ans, on constate l'explosion

subite d'une manie violente. Il parle et agit beaucoup, ne peut tenir en place. Il perd le sommeil, parle avec volubilité, présente un grand désordre des actes, devient sale, déchire son linge; sa parole s'embarrasse de plus en plus, il chancelle sur ses jambes, la paralysie n'est pas plus accentuée d'un côté que de l'autre ; cet état dure quelques mois, et il meurt rapidement.

Résumé. — Hérédité, attitude bizarre, début psychique, mort rapide.

Obs. XVI (Calmeil, Maladies du cerveau, tome I, page 349.) — M. Lucas, marié, fabricant. Complexion sanguine, n'a jamais eu à se plaindre de sa santé. Sa mère est morte jeune, dans un état voisin de la folie; sa grand'mère maternelle a passé un grand nombre d'années dans un état d'aliénation mentale non équivoque. Il a toujours évité les excès de tout genre et les écarts de régime. Il savait parfaitement conduire ses affaires et diriger de nombreux ouvriers ; il était très-susceptible, s'impatientait facilement. A 40 ans, il est tourmenté par la crainte de perdre son fils. Plus tard, il lui faut lutter contre les embarras survenus dans son commerce; il perd sa fortune, tombe dans le découragement, et de là dans l'indolence. A 41 ans, il est devenu très-morose, ses conceptions sont lentes, il est distrait, ne peut fixer son attention, il oublie de mettre ordre à ses affaires importantes; si on lui fait des observations,

il se fâche. Son caractère devient de plus en plus difficile ; enfin, sur les conseils de son médecin, il quitte tout à fait les affaires. Il éprouve une période d'amélioration sensible, mais peu durable : bientôt, en effet, la prononciation s'embarrasse, les muscles du visage éprouvent des contractions convulsives, il a de la trémulation dans les membres supérieurs, sa démarche manque d'assurance.

Pendant un temps court, il est vrai, ces accidents aigus semblent de nouveau rétrograder. A 40 ans 10 mois, il prend des habitudes d'isolement, il devient de plus en plus mélancolique. Sa santé physique semble encore se maintenir, il n'a pas de maladie fébrile et, cependant, la débilitation de son système musculaire augmente. A 42 ans, il éprouve des idées de damnation, il a des hallucinations ; il en arrive alors au dégoût de la vie, à des idées de suicide et refuse les aliments. Il se déshabille, cherche à se sauver tout nu. L'embarras de la parole augmente encore, la démarche est de plus en plus chancelante. A 42 ans 7 mois, il meurt après 24 heures d'agonie.

Résumé. — Descendant d'aliénés, n'a pas pas fait d'excès, attitude d'un futur paralytique, période prodromique longue. Début psychique, deux semblants de rémission, manie, puis mélancolie, persécution. Mort.

Obs. XVII. (Calmeil, Maladies du cerveau, tome I, page 382.) — M. Marcus, officier, a une cousine

germaine aliénée. Il a reçu une bonne éducation, il s'est distingué aux écoles militaires, il était réputé intelligent et brave. Il aime la représentation et le faste ; vers 35 ans, il éprouve un accès de délire ; il passe par une période de rémission momentanée. A 37 ans, l'aliénation mentale est nettement déclarée, il faut l'envoyer à Charenton. Son intelligence est déjà très-affaiblie, il est irritable, susceptible ; il est sans cesse en mouvement et ne peut pas se soumettre au règlemeut. Il dort bien, il mange bien, quelquefois il éprouve des mouvements brusques de tremblement des lèvres : sa voix devient chevrotante ; il ne peut articuler certains sons, les bras deviennent vacillants, pendant que la démarche reste encore rapide et ferme. A 37 ans 1/2, il passe par une période d'exaltation considérable, il pousse des cris, éprouve des douleurs de tête, devient menaçant.

A 38 ans, l'affaiblissement intellectuel est encore plus profond, il existe du délire ambitieux, il devient hypochondriaque, il est en proie à une agitation tumultueuse, il perd la mémoire de plus en plus, il a des idées d'empoisonnement, il déchire ses vêtements, il faut le maintenir. La démarche devient de plus en plus irrégulière, la voix traînante, les bras affaiblis, il existe un amaigrissement considérable.

A 38 ans 1/2, la démence est croissante, le délire hypochondriaque domine, il refuse les aliments. A 39 ans, il a des hallucinations, il entend des voix injurieuses, il voit des frégates sur les maisons. A

39 ans 4 mois, l'intelligence est complètement abolie, il est dans un état de calme, reste à la même place, éprouve un mélange d'idées d'empoisonnement et de grandeurs, il devient gâteux et il meurt.

Résumé. — Hérédité, bizarrerie d'allure, début psychique, rémission momentanée. Manie, mélancolie, démence, mort.

Obs. XVIII. (Calmeil, Maladies du cerveau, tome I, page 393.) — M. Lucien, employé de chemin de fer. Plusieurs de ses parents ont été frappés d'aliénation mentale, il avait des habitudes d'ordre et de travail, n'a jamais abusé des liqueurs fermentées. On s'aperçoit tout d'abord que ses idées s'embrouillent dans la conversation; il avait alors 36 ans. A 37 ans, la mémoire devient infidèle, il ne peut soutenir une conversation, l'attention lui fait défaut; il ne peut arriver à écrire même quelques lignes, ses idées n'ont aucun sens. Il semble oublier qu'il a une femme et des enfants, il dépense beaucoup d'argent, il paraît gai, semble indifférent à sa situation lorsqu'on le place à Charenton. A 37 ans 1/2, signes d'affaiblissement intellectuel considérables, il est doux et calme. Les idées déraisonnables arrivent, il va faire un mariage étonnant, il sera bientôt au faîte de la fortune. Il articule mal les finales des mots, les lèvres et les muscles du cou et du visage sont agités de tressaillements. La démarche est encore prompte, mais saccadée; le sommeil et l'appétit sont encore bons.

A 37 ans 8 mois, il se néglige, se tient mal à table, s'endort à chaque instant, il ne sait plus se reconnaître, là où il vit, même habituellement. Il ne comprend plus ce qu'on lui dit, il ne parle plus que par monosyllabes. Le délire des grandeurs arrive, il a des millions, a fait des découvertes : les idées se succèdent péniblement, la conception de son délire ne se manifeste plus que d'une façon accidentelle. Il tremble de plus en plus, la déglutition devient impossible. A 37 ans 10 mois, il dort sans cesse, n'a plus le sentiment de sa personnalité, il meurt à 38 ans.

Résumé. — Hérédité multiple, pas d'excès ; période prodromique longue et caractéristique, début psychique, démence profonde, mort.

Obs. XIX (Calmeil, maladies du cerveau, tome I, page 398). — M. Yacinthe Marie, sa mère a été atteinte de délire hypochondriaque, courtier en vins, il a dû abuser des liquides. A 36 ans, il manque une affaire importante et tombe dans le découragement; il ne veut plus voir personne, il ne fait plus d'affaire, il reste plusieurs jours sans proférer une parole, rien n'est capable de relever son moral affaibli. Il perd l'habitude du sommeil, se croit riche, n'attache aucun prix à l'argent, il achète à droite et à gauche des choses inutiles, il est satisfait de tout ce qu'il fait, il a de fréquentes absences de mémoire, il ne peut plus associer ses idées, il commet

une foule d'actions déraisonnables, il est debout toute la nuit, il faut enfin le séquestrer. Bientôt il ne se reconnaît plus, oublie qu'il est marié, ses amis ne sont plus rien pour lui, il se néglige de plus en plus ; les symptômes paralytiques sont de plus en plus évidents il devient gâteux et meurt rapidement.

Résumé. — Hérédité, excès, individu bizarre, période prodromique, affaissement rapide, démence, mort.

Obs. XX. (Calmeil, maladies du cerveau, tome 1, page 407). M. Jules, artiste, père mort aliéné ; frère menacé d'aliénation mentale.

De très-bonne heure il a possédé le goût des arts. Dans sa jeunesse, il a remporté le grand prix de peinture, il a exposé et a eu des succès. Caractère doux, enjoué et facile ; il négligeait volontiers ses intérêts domestiques pour se livrer à sa peinture. Son but fixe serait d'aller faire des voyages. A 36 ans et demi il échoue dans une demande qu'il vient de faire, et tombe dans le découragement. Aussitôt il devient excentrique, méticuleux et distrait. Il néglige sa tenue chez lui, et se fait même remarquer dans la rue. Il est devenu taciturne, impatient, brutal. Il adresse à sa femme des paroles dures et désobligeantes, il frappe et rudoie sa petite fille. Quand il sort, il revient les mains pleines d'objets de mauvais goût et auxquels il attache beaucoup de

valeur. Plus tard, il présente une activité fébrile considérable, il se couche à peine, peint avec ardeur. Si on lui fait des observations, il s'emporte et n'a d'égards pour personne. Ce qu'il produit indique la décadence de son goût, de son talent et de son intelligence. A 36 ans, il ne peut plus rédiger une lettre, ne peut plus tenir aucune conversation, ne peut plus dessiner, est indifférent à tout le monde, ses facultés morales et intellectuelles sont abolies, il est en pleine démence Il pleure souvent, quitte sa maison, devient maladroit de ses mains, marche de travers, il a de la difficulté à articuler les sons. A 36 ans et demi, même état, compliqué d'une excitation automatique. A 37 ans, il redevient calme, l'intelligence reparaît un peu, il comprend les questions qu'on lui adresse. Mais cet état de rémission n'est que bien passager. A 37 ans et demi, ses conceptions sont de plus en plus abolies, il n'a plus le sentiment de sa personnalité. A 38 ans, il est dans la plus complète démence, et meurt par accident.

Résumé. — Hérédité ascendante et collatérale, attitude de la prédisposition, longue période prodromique, début psychique, apparence de rémission, démence profonde, mort par accident.

Obs. XXI Calmeil, maladies du cerveau, tome I, page 451). M. Amable, célibataire, le père s'est suicidé, le frère jumeau a été atteint d'aliénation, un autre frère a été aussi à Charenton.

Il a reçu une éducation soignée, il a joui longtemps d'une santé parfaite, partageant son temps entre le travail et le plaisir. Il passait pour aimer le faste, il fréquentait de préférence le monde riche et haut placé. Il s'était toujours acquitté avec beaucoup d'habileté de toutes ses fonctions. Vers l'âge de 37 ans, il commence par éprouver des fourmillements et des crampes dans les membres. Ces symptômes ne l'arrêtent pas, et pendant deux ans le laissent vaquer à ses affaires. A 39 ans, pour se reposer, il va aux bain de mer, les personnes qui l'accompagnent constatent que son intelligence se dérange. Il tient des propos incohérents, il faut le placer dans une maison de santé. La paralysie générale incomplète se manifeste, il perd la mémoire, le délire des grandeurs survient, il succombe rapidement.

Résumé. — Hérédité ascendante et collatérale, éprouve d'abord quelques symptômes physiques très-légers. Les troubles psychiques arrivent, il meurt rapidement dans la démence.

Obs. XXII (Calmeil, Maladies du cerveau, t. I, p. 511). — Mme Augustine, sœur aliénée, neveu idiot, constitution grêle, éducation soignée, ne s'est jamais livré à aucun écart de conduite. A 40 ans, elle éprouve quelques signes de délire, pendant quelques semaines, elle tient des propos déraisonnables, elle est irritable et difficile à vivre. Tous ces

symptômes se dissipent complètement, il y a rémission. Bientôt, elle est prise de céphalalgie intense, elle perd les deux yeux l'un après l'autre, elle devient triste et découragée. Elle subit une perte d'argent qui augmente sa mélancolie. A 41 ans 8 mois, on constate des signes évidents d'aliénation mentale, les idées sont mal coordonées, elle est dans la dépression, elle accuse sa sœur de la voler, A ce moment, la prononciation s'embarrasse, la démarche devient chancelante. A 41 ans 11 mois, elle passe par un état maniaque violent, on la mène à Charenton; là, on note l'oblitération de toutes les facultés morales et intellectuelles, elle ne peut plus fixer son attention, ses réponses sont nulles. Quelquefois elle passe par des accès de furie, elle pousse des cris, fait des gestes tumultueux et désordonnés, la démarche est de plus en plus vacillante; elle éprouve des spasmes musculaires, elle éprouve un violent accès d'agitation automatique, et meurt presque subitement.

Résumé. — Hérédité, pas d'écart de conduite, début psychique, rémission. Perte de la vue, mélancolie, idées dépressives, état maniaque, démence, mort subite.

Obs. XXIII (Calmeil, Maladies du cerveau, t. II, p. 8). — M. Julien, une tante et un cousin du côté paternel sont mort aliénés. Il a toujours été économe et sobre. Cependant il a abusé des femmes.

Tout à coup, il devient sombre et peu communicatif. A 33 ans et demi, on constate les symptômes d'un délire non équivoque. Il se croit sur le chemin de la fortune et des honneurs, mais il ne communique pas encore ses idées tout haut, Ce n'est qu'en le poussant à bout qu'on arrive à lui faire faire des aveux sur ses secrets d'avenir. A 35 ans, il est millionnaire, et est empereur. La démarche est inégale, la parole est embarrassée. A 37 ans, il éprouve une série de crises convulsives, pendant lesquelles il meurt.

Résumé. — Hérédité, abus du sens génital, période prodromique, début psychique, crise convulsive mort.

Obs. XXIV (Calmeil, Maladies du cerveau, t. II, p. 31). — M. Aimé a eu plusieurs parents aliénés; petit, vif, grêle, facilité étonnante à apprendre, habitudes régulières. Vers sa 53e année, M. Aimé, qui avait toujours été un peu bizarre, devient de plus en plus excentrique. Il perd la mémoire, parle sans cesse et se répète. Il fait des dépenses puériles, puis il arrive à une véritable excitation maniaque. Il parle avec volubilité, se déshabille dans la rue, est debout toute la nuit, achète des choses inutiles, se fâche facilement quand on le contrarie. Il se croit riche, prétend qu'il a du talent, il remue et bouleverse tout, il faut le conduire à Charenton. Là, on note les symptômes suivants. Les fonctions de l'intelligence

sont complètement abolies, il existe un délire ambitieux consldérable, la mémoire fait défaut, le sommeil est nul, il y a une grande mobilité, il est gai, il ne peut mettre aucun ordre dans ses idées. Au bout de deux mois, il se fait une rémission. Quatre mois après, retour du délire, les idées de défiance et de crainte remplacent les idées ambitieuses. Il tombe dans une profonde démence, il devient gâteux et ne tarde pas à mourir.

Resumé. — Hérédité multiple, attitude générale bizarre, période prodromique, état maniaque, délire spécial, rémission. Rechûte, délire mélancolique, démence, mort rapide.

Obs. XXV. (Calmeil, De la paralysie, page 26). — M. M..., a une sœur atteinte d'aliénation mentale. Il n'y a pas moins de huit ans que l'intelligence a commencé à se déranger. Ancien militaire, cet homme s'était exilé volontairement en 1815, à cause de l'occupation de son département par les troupes alliées. Il avait le caractère vif et étourdi, il était actif, évitait avec soin la débauche. A son retour d'exil, sa femme le trouve à moitié hébété, il ne pense plus à ses affaires, il est insouciant, triste et timide; lui fait-on des reproches, il rougit et s'enfuit. Sept années s'écoulent dans cet état. Le délire apparaît bientôt dans ses paroles et dans ses actes; on le place en maison de santé. Après un an de traitement on le rend à sa famille, tellement il

est amélioré. Mais l'aliénation ne tarde pas à récidiver, il faut le séquestrer une seconde fois. A ce moment, il parle peu, ne souffre pas qu'on l'approche, a des idées sinistres, il croit qu'on veut l'empoisonner. Il marche encore très-bien et ne paraît pas encore faiblir sur ses jambes, la parole n'est pas encore embarrassée. Après quelques mois, on remarque qu'il marche moins bien, et l'on constate à ce moment qu'il existe un peu d'hésitation dans la prononciation. Après deux ans, depuis que la paralysie a été reconnue, elle a fait des progrès, mais bien peu rapides. Bientôt ce malade arrive à un état de démence profonde, il boit, mange et ne s'occupe de rien, il ne peut comparer deux idées, ne sait dire que oui et non, il mène une existence végétative. Les mouvements de la langue sont difficiles, mais rien n'est lésé dans les fonctions des organes.

Le malade vivait encore au moment où Calmeil publiait ce livre.

Résumé.—Hérédité, longue période prodromique, début psychique, rémission; Rechute, délire hypochondriaque, démence, état stationnaire.

Obs. XXVI. (Calmeil, De la paralysie, page 54). — M. Alexandre, cuisinier, il a une cousine aliénée. Sa conduite a toujours été régulière, il n'a jamais fait d'excès d'aucun genre; au moment où on l'observe, il est malade depuis onze mois. Au début, les accidents ont été peu graves, léger affaissement in-

tellectuel, manque de mémoire. Avec le temps, la maladie a marché, il a perdu toute aptitude morale, et il tombe dans la démence. Il se figure qu'il est devenu riche, il refuse de travailler. Bientôt le délire augmente de violence, le malade est très-agité, le sommeil est nul, les propos sont de plus en plus incohérents, les actes sont désordonnés, on l'isole. On voit qu'il existe de l'embarras de la parole, que la démarche est chancelante. Pendant quelque temps, ces symptômes diminuent d'intensité, mais cet état de rémission ne persiste guère; il arrive vite à la plus complète démence, et continue à présenter des alternatives d'excitation. La mort n'est pas encore arrivée.

Résumé. — Hérédité, vie régulière, période prodromique, début psychique, tendance à la rémission, démence.

Obs. XXVII. (Calmeil, De la paralysie, page 110.) — M. G.... militaire, issu d'un père aliéné. Distingué de bonne heure par une rare bravoure, tout jeune, il est lieutenant-colonel et officier de la Légion d'honneur. En 1815 il est mis en demi-solde ; ce fait le rend très-mécontent et détermine de l'excitation. Il parle de ses campagnes avec un défaut de modestie qui ne lui est pas naturel. Lorsqu'il rentre en activité, il blâme tout ce qui se passe autour de lui, il s'attire de nombreux désagréments, c'est son intelligence qui diaparaît.

En 1823, l'aliénation devient évidente, il se dit ne connaître plus la valeur de l'argent, il brise ses meubles, soigne encore sa personne, n'est pas encore violent. La langue s'embarrasse, et il bégaie, il chancelle et il trébuche à la moindre inégalité du sol. Un an s'écoule ainsi, mais la fureur arrive, et il faut l'interner. On le conduit à Charenton, où il est en proie à un vrai délire maniaque aigu, il est d'une force extraordinaire, il faut le camisoler. Au bout de cinq mois, il est encore plus difficile à maintenir, il se déchire la figure, il est malpropre.

Dans le courant du sixième mois, il meurt subitement.

Résumé. — Fils d'aliéné, longue période prodromique, pas de cause individuelle signalée, début psychique, délire aigu, démence, mort subite.

Obs. XXVIII. (Calmeil, de la paralysie, page 165.) — M. F..., deux de ses cousins du côté paternel sont morts aliénés. C'est en 1823 qu'on s'est aperçu qu'il était malade depuis longtemps. Il manquait de solidité dans le jugement, sa femme était obligée de le surveiller et de diriger ses affaires, sans qu'il s'en aperçût. Quand il entre à l'asile de Charenton, il est très agité, il a de simples idées de satisfaction béate.

Il trouvait sa position très-belle, se disait décoré, grand'croix de la légion d'honneur, il se disait chargé de donner des leçons d'équitation aux pages du pa-

lais, il racontait qu'il devait être présenté au roi. A part ces idées délirantes, on ne note rien de bien saillant chez ce malade. La parole ne tarde pas à s'embarrasser, au bout d'un an, il tombe dans la démence, quelques mois après les symptômes paralytiques font des progeès considérables, il faut le mettre à l'infirmerie. Il devient très-gâteux, et meurt dans le plus triste état.

Résumé. — Hérédité, période prodromique assez longue, début psychique, démence rapide, mort.

Obs. XXIX. (Calmeil, De la paralysie, page 350.) — M. B... La mère et les deux cousines du côté maternel de ce malade sont mortes aliénées. En plus de ce vice héréditaire, ce malade a abusé du vin et des alcooliques en général. Il travaillait beaucoup, il avait la colère facile. A la suite d'une perte de fortune qui l'affecta beaucoup, on vit la raison s'égarer. Il tomba dans une période de grande agitation, il fallut le placer dans un asile d'aliénés. Au bout de quelques mois de séquestration, il s'améliore sensiblement, il peut même retourner dans sa famille, il est considéré comme guéri. Mais il ne tarde pas à se livrer de nouveau à la boisson, il n'a pas l'air de se douter qu'il a été mis dans une maison de santé, il se livre à la joie et à la gaieté la plus tumultueuse. Il est bizarre, facile à mécontenter. Au bout d'un an, il retombe complètement, il faut le renfermer de nouveau. On le met à Charenton, il

est très-loquace, il est en proie à un délire vague qui s'étend à un grand nombre d'objets ; le sommei est nul, le désordre des actes est considérable. La parole s'embarrasse, la paralysie incomplète s'empare de lui, les jambes faiblissent. Pendant 7 mois, le délire maniaque se soutient, les phénomènes paralytiques ne progressent plus guère ; dans le cours du 8e mois, le malade éprouve des troubles de la nutrition, il maigrit beaucoup, quoique mangeant bien et, un an après, il meurt.

Résumé. — Hérédité ; de plus, étiologie spéciale, début psychique, rémission d'un an. Nouveaux excès, rechute, troubles de la nutrition, mort.

CONCLUSIONS.

1° La paralysie générale représente une espèce pathologique.

2° Le plus souvent elle se déclare sans prédisposition héréditaire.

3° Quand l'hérédité intervient, elle se présente sous deux formes : Congestive ou vésanique.

4° Les héréditaires appartenant au type congestif sont des cérébraux avant d'être des aliénés.

5° Les héréditaires à classer dans le type vésanique sont d'emblée des aliénés.

6° Il y a donc dans la paralysie générale, trois variétés :

1° paralysie générale d'origine individuelle.
2° paralysie générale d'origine congestive.
3° paralysie générale d'origine vésanique.

7° Les paralytiques généraux d'origine individuelle ne présentent jamais de rémission ; et la durée de la maladie n'est que de 2 ou 4 ans.

8° Les paralytiques généraux d'origine congestive, sont surtout remarquables par la fréquence des congestions.

Ils présentent des rémissions qui en sont que de simples temps d'arrêt. Ils peuvent vivre 6, 7, 8 ans,

9° Les rémissions vraies et de longue durée. ainsi que les longues périodes prodromiques, sont l'apanage des paralytiques généraux d'origine vésanique. La durée de la maladie varie entre 10, 12 ou 15 ans.

10° La doctrine des responsabilités partielles, loin de me séduire, me fait peur.

TABLE DES MATIÈRES

Préface 5

Plan général du travail 9

Paralysie générale d'origine individuelle 10

Quelques mots sur l'hérédité en général 18

Des diverses opinions qui ont été émises à différentes époques, sur l'hérédité comme cause de la paralysie générale 22

Paralysie générale d'origine congestive 34

Paralysie générale d'origine vésanique 44

Quelques considérations médico-légales 63

Observations 70

Observations de la première variété 71

Observations de la seconde variété 79

Observations de la troisième variété 97

Conclusions 127

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31